

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT INTERVENTION EN PSYCHOLOGIE

PAR
NATHALIE BLOUIN

ÉTUDE DE CAS SUR UN SUIVI PSYCHOLOGIQUE EN CLSC AVEC LA
CONCOMITANCE D'UN TRAITEMENT POUR L'HÉPATITE C

MAI 2005

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

SOMMAIRE

Cet essai doctoral se présente sous la forme d'une étude de cas clinique portant sur un suivi psychologique ayant pour objectif général l'affirmation de soi avec la concomitance d'un traitement médical (Rebetron) pour l'hépatite C. Le suivi thérapeutique est réalisé dans un Centre de la Santé et des Services Sociaux, site Centre Local de Services Communautaires (CLSC) auprès d'une cliente adulte atteinte d'hépatite C chronique. Un total de dix-sept entrevues a été réalisé touchant principalement des problématiques au niveau de l'identité, de l'affirmation de soi, des croyances de base erronées, d'une dynamique familiale problématique, des processus répétitifs, de l'inceste, de la détresse psychologique en lien avec les effets secondaires du traitement pour l'hépatite C et d'un épisode de psychose toxique consécutif à ce traitement. Plusieurs outils ont été utilisés à l'intérieur d'une approche éclectique tout au long du processus thérapeutique : l'atome social, la chaise vide, le modèle ABC et plusieurs autres. Les résultats obtenus en fin de thérapie sont concluants, indiquant une atteinte de tous les objectifs du plan d'intervention. Un chapitre de l'essai est axé spécifiquement sur le virus de l'hépatite C et son traitement compte tenu de son importance dans le plan d'intervention. Plusieurs pistes de réflexions sont également soulevées concernant l'influence des facteurs psychosociaux et du traitement de la maladie de l'hépatite C dans un processus d'intervention psychothérapique.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	ii
LISTE DES FIGURES	vi
REMERCIEMENTS	1
 INTRODUCTION	 2
 CHAPITRE UN : PRÉSENTATION DE LA CLIENTE	 6
Motif de consultation	7
Objectifs et attentes	9
Anamnèse	10
Portrait clinique	21
 CHAPITRE DEUX : LE SUIVI THÉRAPEUTIQUE	 25
Entrevue 1 : La rencontre	26
Entrevue 2 : L'évaluation	34
Entrevue 3 : La thérapie	36
Entrevue 4 : L'atome social	43
Entrevue 5 : La perception du père	53
Entrevue 6 : La confrontation virtuelle	55

Entrevue 7 : Processus répétitifs	60
Entrevue 8 : La culpabilité	66
Entrevue 9 : Psychose toxique	70
Entrevue 10 : Réappropriation du délire	79
Entrevue 11 : Changements systémiques	85
Entrevue 12 : Retour sur l'inceste	90
Entrevue 13 : Détresse psychologique face au traitement médical	96
Entrevue 14 : Affirmation de soi.....	101
Entrevue 15 : Sentiment de honte	106
Entrevue 16 : Reprise de pouvoir sur sa vie	114
Entrevue 17 : Fin du processus thérapeutique	120
 CHAPITRE TROIS : L'HÉPATITE C	 130
Qu'est-ce que l'hépatite C?	132
Le traitement par Rebetron	134
Denise et l'hépatite C	140
Psychose toxique comme effet indésirable du traitement	142
 CHAPITRE QUATRE : DISCUSSION	 146
La personne avant l'institution	147
Une approche éclectique	151
Évolution des objectifs de départ	153

L'utilisation de l'atome social	157
Les interactions du traitement médical avec la thérapie	163
 CONCLUSION	 170
 RÉFÉRENCES	 174
 APPENDICES	 180
Appendice A : Consentement libre et éclairé.....	181
Appendice B : Autorisation à faire une copie intégrale du dossier.....	183
Appendice C : Certificat d'éthique de la recherche.....	185
Appendice D : Les rôles de l'enfant de parents alcooliques	187
Appendice E : Le damier	189

LISTE DES FIGURES

Figure

1	Premier atome réalisé par la thérapeute	29
2	Analyse contextuelle	31
3	Atome social original lors de la première consigne	45
4	Atome social avec sa famille d'origine (1 ^{er} atome).....	47
5	La relation de Denise avec son père	54
6	Analyse d'une situation à l'aide du modèle ABC	61
7	Atome social fait par la cliente (2 ^e atome).....	65
8	Conscientisation du changement (3 ^e atome)	88
9	Résultat en fin de parcours (4 ^e atome)	117
10	Progressions des atomes sociaux liés au noyau familial	121
11	Atome social final	126

REMERCIEMENTS

Un merci tout spécial et une grande reconnaissance à celui par qui ce travail a été rendu possible grâce à son soutien inconditionnel, monsieur Gilles Dubois, directeur de ce projet doctoral, qui a su croire en la personne que je suis. Denise (nom fictif) de par sa générosité et sa participation active dans cette étude de cas, fut un exemple de courage pour moi. Je souhaite que cet essai puisse lui servir dans son combat actuel pour venir en aide aux personnes atteintes de l'hépatite C. Au personnel du Centre de Santé et de Services Sociaux du Grand Littoral : site CLSC qui m'a chaleureusement accueillie dans son équipe comme une collègue à part entière et qui accepta de collaborer à la réalisation de ce projet, et tout spécialement, monsieur Pierre Lacroix qui fut un formidable tuteur et mentor. Un dernier remerciement à ma famille et à mes proches qui m'ont donné leur soutien de multiples façons à travers mes études universitaires et tout particulièrement à Alexandra Lefebvre qui fut l'épaule de toutes mes épreuves dans ce cheminement personnel.

INTRODUCTION

Comme interne en psychologie débutant dans la profession de nombreux défis sont à relever. Notons parmi ceux-ci : se forger une identité professionnelle à construire, s'adapter aux enjeux institutionnels du milieu et au travail multidisciplinaire, parvenir à se retrouver dans toute la gamme des services publics, privés et communautaires offerts ou utilisés par la clientèle, se familiariser sur le terrain avec la clientèle et les différentes problématiques rencontrées par celle-ci (qui diffèrent souvent des notions théoriques acquises), ou encore la co-morbidité de multiples troubles psychologiques et physiques. Les Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS) sont des organisations complexes et souvent impressionnantes pour une nouvelle intervenante. Les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC) y étant reliés présentent de multiples programmes de services définis selon l'âge de la clientèle, leur problématique, les besoins rencontrés dans la communauté, les soins de base au niveau médical et psychosocial, etc. avec un nombre impressionnant d'intervenants ayant des formations professionnelles diverses. Il peut être difficile de trouver sa place parmi tous ces gens et de définir la spécificité de sa profession à l'intérieur des champs multiples du domaine social.

C'est dans ce contexte de stage, à l'intérieur de ce milieu de traitement qui offre une prise en charge globale de l'individu au niveau psychosocial et santé, qu'émergea l'idée originale d'orienter le présent essai autour des enjeux liés à l'arrimage de ces deux volets. L'opportunité de réaliser ce projet se

présenta lorsqu'une dame fit une demande de consultation pour un motif psychologique. Ce motif s'avéra la pierre angulaire de tout ce travail puisqu'à celui-ci était associé un suivi médical pour le traitement d'une hépatite C chronique dans le même Centre de santé. Il n'en fallait pas plus pour concentrer efforts et recherches dans les interactions peu communes de l'univers de la psychothérapie avec le monde médical. L'hépatite C, maladie pouvant être mortelle, toucherait plus de 300 000 canadiens dont environ 5 000 nouveaux cas par année. Son traitement physiquement accablant dont l'issue est incertaine engendre souvent un état de détresse psychologique important.

Cet essai doctoral se veut une étude de cas clinique sur un suivi psychologique réalisé en CLSC avec la concomitance d'un traitement médical pour l'hépatite C. La thérapie, qui fut menée auprès d'une cliente adulte ayant des difficultés au niveau de l'affirmation de soi, se transforma progressivement par l'ajout d'un soutien psychologique en lien avec son traitement médical. Cette étude de cas fait état d'un processus thérapeutique complet, axé sur la compréhension clinique du cas soumis en fonction des nombreux thèmes abordés (identité, affirmation de soi, croyances de base erronées, dynamique familiale problématique, processus répétitifs, inceste, détresse psychologique liée au traitement médical, etc.), des différentes stratégies d'intervention utilisées (atome social, chaise vide, modèle ABC, etc.) et des moyens mis en place pour soutenir la cliente dans son traitement médical.

L'essai comporte quatre chapitres. Le premier se veut une présentation de la cliente, de son motif de consultation, des objectifs de la thérapie, de son histoire personnelle pour conclure sur un portrait clinique de la cliente. Le second chapitre détaille la compréhension clinique du cas et le processus thérapeutique à travers les dix-sept entrevues réalisées. Le chapitre trois se concentre sur la compréhension de la maladie de l'hépatite C et son traitement, qui furent omniprésents tout au long du suivi psychologique. Le processus thérapeutique a été entrepris sans prévoir la lourdeur du traitement médical et il fut nécessaire d'en tenir compte, en modifiant le plan d'intervention de façon à mieux répondre aux besoins actuels de la cliente. Le dernier chapitre portant sur la discussion présente une réflexion sur les enjeux importants dans cette étude de cas, notamment sur l'utilisation de l'atome social comme outil clinique, sur le cadre d'intervention en institution et sur l'interférence du traitement médical de la cliente dans la thérapie.

CHAPITRE UN

PRÉSENTATION DE LA CLIENTE

PRÉSENTATION DE LA CLIENTE

Dans ce chapitre initial, un premier aperçu de la cliente faisant l'objet de cette étude de cas est présenté. Par son motif de consultation, ses objectifs et attentes face à la thérapie, son anamnèse, un portrait clinique et le plan de traitement envisagé, il sera ainsi possible de mieux cerner les enjeux de ce processus thérapeutique.

MOTIF DE CONSULTATION

Denise (nom fictif) se présente au Centre Local de Services Communautaires (CLSC) pour obtenir de l'aide familiale, plus précisément pour des difficultés qu'elle rencontre au quotidien auprès de son fils. Après avoir fait une première rencontre d'évaluation au service d'accueil-évaluation-orientation (AEO), elle est orientée vers le programme Famille, Enfance et Jeunesse (FEJ) où elle est rencontrée par une travailleuse sociale pour du « coaching parental ». Dans l'évaluation de la travailleuse sociale, il ressort que la cliente a de la difficulté à dire « non » à son fils. Denise mentionne que son fils accepte de plus en plus les « non » mais qu'il arrive souvent qu'il boude (pendant environ dix minutes) et qu'elle s'en sente coupable. Son fils dit souvent « c'est plate » et parfois « t'es plate ». À l'école, il a des A et des B. Il a eu trois

avertissements à l'école en trois ans. Après investigation, la travailleuse sociale souligne à la cliente que son fils, selon ce qu'elle rapporte, ne semble pas présenter de problèmes de comportement. L'intervenante ne détectant pas de problème majeur entre la cliente et son enfant, et après discussion avec cette dernière sur la difficulté qu'elle a en général à mettre ses limites, la réfère au service de psychologie pour adulte (service santé mentale pour troubles transitoires).

L'entrée dans le service de psychologie

Après discussion en réunion clinique, l'équipe santé mentale adulte accepte que ce cas soit traité en psychologie et attribue le dossier à la thérapeute, auteur du présent travail. Lors du premier entretien, la cliente dit venir consulter pour apprendre à mettre ses limites et les maintenir. Elle dit avoir de la difficulté à dire « non » à son fils et lorsqu'elle le fait, elle ne peut maintenir sa décision et retire la punition. Elle dit être au bout du rouleau avec son fils. Dans la majorité de ses interactions sociales auprès de ses amis, de sa famille et avec ses conjoints, elle a de la difficulté à s'affirmer et a l'impression que les gens abusent d'elle. Elle désire être bien dans ses relations mais ignore comment s'y prendre. La cliente a vécu plusieurs relations difficiles avec des hommes violents, verbalement et physiquement. Dernièrement, elle a fréquenté un homme qui commençait à manifester ces comportements. De plus, des

difficultés au plan sexuel étaient présentes, la cliente réagissant négativement lorsque son partenaire lui caressait la poitrine. Denise a alors quitté ce partenaire mais elle entretient toujours un lien par le biais des appels téléphoniques qu'elle reçoit et auxquels elle ne parvient pas à mettre terme. Elle souhaite ardemment apporter des changements à sa vie.

Les facteurs précipitants

La cliente consulte à prime abord pour son fils, croyant qu'il a des troubles de comportement. Lorsqu'elle prend conscience que le problème qu'elle rencontre découle de sa propre dynamique de fonctionnement, elle choisit de faire le travail pour elle-même. Aucun autre élément déclencheur ne semble présent.

OBJECTIFS ET ATTENTES DE LA CLIENTE EN THÉRAPIE

Par le suivi qu'elle entreprend, la cliente souhaite faire un « bout de chemin » qui pourra l'aider dans l'avenir dans ses rencontres avec ses ami(e)s et ses partenaires, dans ses interactions avec son fils tout comme dans les demandes qu'elle reçoit de son entourage.

Plan d'intervention

Objectif général : Apprendre à s'affirmer, à mettre ses limites et à les maintenir.

Objectifs spécifiques :

1. Être capable de structurer son fils avec amour et fermeté ;
2. Apprendre à dire « non » à des demandes de son entourage ;
3. Comprendre pourquoi elle se retrouve dans des relations violentes et apprendre à s'affirmer dans ses relations avec les hommes et plus spécifiquement travailler sur ses difficultés sexuelles.

ANAMNÈSE DE DENISE¹

L'histoire personnelle de la cliente témoigne de sa biographie familiale et relationnelle, de sa situation professionnelle, de son histoire médicale et finalement, de la situation actuelle de Denise au moment de la consultation, rendant ainsi compte de l'ensemble de ses sphères de vie.

¹ Note : Le nom de la cliente ainsi que celui des membres de la famille ont été changés afin de préserver leur anonymat. Les repères de lieu et de temps sont également modifiés. La cliente a signé un formulaire de consentement libre et éclairé (voir Appendice A) et une autorisation à faire une copie intégrale de son dossier (voir Appendice B) qui a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (No CER-04-90-05.10) (voir Appendice C).

Histoire familiale

Denise est née au mois d'octobre 1968 et est la cinquième d'une famille de 8 enfants (4 garçons et 4 filles). Ses parents sont tous deux vivants. Son père, âgé de 78 ans, est décrit par la cliente comme un père absent qui l'ignorait et qui « prenait un coup la fin de semaine ». Elle mentionne que de l'âge de 11 à 26 ans, elle le considérait comme son pire ennemi. Elle avait honte de ramener des amis à la maison. Madame se dit très proche de sa mère de 65 ans. Elle la décrit comme quelqu'un de généreux, qui n'est pas capable de dire non, qui s'occupe de plusieurs des membres de la famille, dont sa sœur Nancy, de sa propre mère et de son conjoint. Denise mentionne qu'à l'âge de onze ans, elle voulait se trouver un emploi pour déménager de la maison et amener sa mère avec elle. Ses grands-parents du côté paternel ont joué un rôle important dans sa vie. Toute la famille vivait en Abitibi dans la maison de ceux-ci. Elle les décrit comme faisant usage de violence verbale et physique avec elle. Ceux-ci avaient également des problèmes d'alcoolisme. Elle mentionne toutefois qu'à l'occasion, lorsqu'elle se retrouvait seule auprès d'eux, elle pouvait passer de bons moments.

Au niveau de sa fratrie, il y a six ans, elle retrouve son frère aîné, Nicolas, placé en adoption à sa naissance. Elle dit maintenir un bon lien avec celui-ci mais ne pas le voir suffisamment à son goût. Elle s'est distanciée depuis deux

ans de sa sœur Thérèse à cause de conflits avec le conjoint de cette dernière. Elle dit être très proche de sa sœur Nancy, lui parler souvent au téléphone sans toutefois lui faire beaucoup de confidences. Nancy est atteint d'un trouble bipolaire et la cliente craint de l'inquiéter si elle se confie à elle. Lucie, l'aînée des filles était d'une grande aide aux devoirs lorsqu'elle était jeune. Malgré la distance qui les sépare, elle dit garder un très bon lien avec elle. Son frère, Yvon, avec qui elle n'a aucun contact (sauf aux fêtes) a posé des attouchements sur elle et ses sœurs lorsqu'elles étaient enfants. Gilles, qui lui a aussi fait des attouchements, était vu comme une idole par la cliente lorsqu'elle était plus jeune. Mais elle vivait un sentiment d'ambivalence entre de l'amour et le malaise lié aux comportements non acceptables de ce dernier. Il aurait également joué le même jeu du prince charmant auprès de sa sœur Nancy, allant jusqu'à avoir des relations sexuelles complètes avec elle. Denise est actuellement en froid avec lui pour un malentendu concernant la conjointe de ce dernier. Marc, le plus jeune de la fratrie, est le frère dont elle est le plus proche. Il aurait fait plusieurs dépressions et Denise croit qu'il y aurait également des histoires d'abus sexuels le concernant. La majorité de ses frères et sœurs ont des enfants et vivent en couple aujourd'hui.

Interrogée sur ses souvenirs d'enfance, Denise raconte qu'à l'âge de cinq ou six ans, ses sœurs et elle partageaient la même chambre dans laquelle se trouvaient trois lits pour les quatre filles : un lit simple et deux lits double. Les

plus vieilles avaient un lit double et Nancy, la benjamine, avait le lit simple. Denise n'avait donc pas de lit attitré et devait à chaque soir tenter de convaincre ses sœurs de lui faire une place dans leur lit, ce qu'elle trouvait très pénible. Elle mentionne que souvent ses sœurs refusaient de lui faire une place et qu'elle devait dormir par terre, ou tenter de les convaincre en quémendant une place jusqu'à ce qu'une des sœurs cède. Un second souvenir qui lui vient spontanément est lorsque la famille effectuait des déplacements en automobile. Ayant huit enfants sous le toit familial, les déplacements étaient impossibles pour la famille complète. Denise mentionne qu'elle devait souvent céder sa place et demeurer à la maison pendant que les autres membres de sa famille allaient se promener en voiture. Ce souvenir la rend triste. Elle mentionne toutefois que lorsqu'elle pouvait monter dans la voiture, elle était très heureuse, tout comme lorsqu'elle accompagnait sa famille à la pêche.

Histoire relationnelle

Denise quitte la maison familiale à l'âge de 16 ans pour partir en loyer avec son premier amoureux. À ce moment, elle a un secondaire quatre non terminé. Elle mentionne que ses parents l'ont laissée libre de partir mais qu'elle aurait aimé qu'ils insistent pour qu'elle demeure un peu plus longtemps au domicile familial. Son partenaire de l'époque, avec lequel elle restera pendant dix ans, boit beaucoup d'alcool, consomme de la drogue et est violent envers

elle. Elle devient enceinte de ce premier conjoint à l'âge de 16 ans et se fait avorter. Encore aujourd'hui, il lui arrive de penser à l'enfant dont elle s'est fait avorter : elle le surnomme d'ailleurs Ange. Elle dit qu'il y avait toujours plein d'amis autour de leur couple et qu'ils faisaient toutes leurs activités en « gang ». À l'âge de ses 18 ans, ils ont quitté l'Abitibi pour aller s'installer à Montréal. Elle raconte qu'à partir de ce moment la consommation est entrée dans sa vie. Avant Montréal, elle buvait quelques bières socialement. Elle s'est alors mise à consommer plus d'alcool et plusieurs drogues, allant jusqu'à la consommation de cocaïne par injection intraveineuse (sur une période d'un an). Son chum de l'époque était toxicomane avec des comportements à risque comme des échanges de seringues. En groupe, ils se partageaient leurs seringues lors de leurs consommations. Sa sœur, Thérèse, est venue la chercher à Montréal pour l'amener à Québec dans le but de la sortir de la consommation (Denise est alors au début de la vingtaine). Elle a alors arrêté la drogue et elle n'y a plus jamais retouché. Son copain est descendu plus tard la retrouver à Québec. Ils ont eu plusieurs ruptures avant qu'elle ne décide de mettre un arrêt définitif à la relation qui aura duré 10 ans. La cliente qualifie cette relation comme étant de la dépendance affective. Ensuite, elle est restée seule pendant un an. Elle occupe divers emplois de caissière.

Denise rencontre son deuxième partenaire à l'âge de 27 ans. Elle fait sa rencontre dans un bar et deux semaines plus tard, il emménage chez elle. Elle

devient enceinte de lui 4 mois après leur première rencontre. Sa grossesse est difficile. Elle accouche à sept mois de grossesse et subit six transfusions sanguines. Elle met au monde un garçon de cinq livres en santé qu'elle nomme Alexandre. Elle décrit le père comme un homme qui boit et qui est violent verbalement et physiquement envers elle. Celui-ci suit deux thérapies pour son alcoolisme, thérapies qui ne solutionnent pas le problème et Madame va aux rencontres de groupe Al-Anon. Ce groupe d'entraide s'adresse aux parents et amis qui ont une personne ayant un problème d'alcoolisme dans leur entourage. Ils ont rompu plusieurs fois jusqu'à une rupture définitive il y a trois ans. Leur relation aura duré en tout neuf ans. Elle obtient la garde légale de son fils. Le père (qui vit à Trois-Rivières) a un droit de visite une fin de semaine par mois mais Denise explique qu'il ne vient que rarement voir son fils. La cliente ne peut pas compter sur celui-ci pour de l'aide et du support. Elle compte utiliser prochainement l'aide juridique afin de faire valoir l'entente prise par la Cour, lors de leur séparation, pour le paiement des pensions alimentaires.

Denise fréquente Robert depuis plus d'un an. Elle le décrit comme un « gambleur », comme quelqu'un qui l'envahit et qui est de plus en plus contrôlant. Elle mentionne qu'il ne remplit pas les critères qu'elle s'était fixée, c'est-à-dire qu'il soit autonome, qu'il ait son automobile, sa maison et un travail. Peu de temps après qu'ils se soient rencontrés, il emménage chez elle. Il travaille à temps partiel dans un hôpital de Québec et elle doit lui prêter son

automobile ou le voyager pour qu'il puisse aller travailler. Robert effectue également des études en radiologie. Il n'apporte aucune contribution financière pour l'épicerie ou autre. Il lui avait dit qu'il avait cessé de jouer aux machines payantes mais elle l'a surpris dans un bar en train de mettre de l'argent dans une machine à loterie. Denise lui a alors demandé de ramasser ses choses et de quitter sa maison. Ils ont rompu, pour une première fois, à la fin du mois de juin 2003. Ils ont continué de maintenir un lien en se parlant au téléphone et la cliente tente de diminuer graduellement les contacts. Elle a de la difficulté à mettre ses distances avec lui. Denise a éprouvé des difficultés au plan sexuel avec tous ses partenaires intimes. Les caresses au niveau de la poitrine sont désagréables pour elle et comme le toucher au niveau de cette zone érogène constitue souvent un acte agréable pour ses partenaires, cette difficulté lui nuit dans sa vie sexuelle.

Situation professionnelle

Denise détient toujours un secondaire quatre non terminé. Au niveau de ses occupations professionnelles, elle a travaillé à plusieurs endroits comme caissière dont un an dans une pharmacie. Elle a occupé un emploi d'emballageuse pour la compagnie Sansfaçon pendant 12 ans, emploi qu'elle a dû quitter en raison d'un accident d'automobile qui lui a occasionné des séquelles permanentes. Elle est prestataire de la Société de l'Assurance

Automobile du Québec (SAAQ) pour quelques mois encore et bénéficiera par la suite de l'aide sociale. Elle a fait un cours en secrétariat dentaire en 1998 par l'intermédiaire d'un programme d'adaptation socio-professionnel mais elle trouvait ce métier trop stressant. Elle anime présentement un groupe « Alateen » pour les adolescents qui ont des parents alcooliques. Elle est actuellement sans emploi et mène des démarches actives afin de changer la situation.

Histoire médicale

Son état de santé influence grandement sa vie quotidienne. Elle a eu un accident de voiture, il y a 4 ans en janvier 2000, lui occasionnant une invalidité au niveau cervical : ce qui l'empêche de lever des poids et de faire des mouvements répétitifs. Selon les rapports de la Société de l'Assurance Automobile du Québec (SAAQ), elle conduisait son véhicule automobile sur une chaussée glissante. En prenant la sortie d'une autoroute, elle a perdu le contrôle de son véhicule qui a heurté un banc de neige. Il n'y a pas eu de perte de conscience et elle ne se plaignait pas de douleur physique spécifique initialement. Le lendemain, elle s'est rendue à l'hôpital de sa région pour consulter. Un premier diagnostic d'entorse cervicale est fait. Par la suite, Denise est prise en charge par son médecin de famille qui la réfère pour des traitements en physiothérapie. Un retour progressif au travail devait s'effectuer

mais les douleurs se sont exacerbées. Elle est ensuite référée en orthopédie. Le docteur conclut également à un diagnostic d'entorse cervicale et la réfère en acuponcture pour dix séances, sans amélioration. À la suite de divers examens dont une scintigraphie osseuse, la cliente obtient un arrêt de travail en février 2001, après deux tentatives de reprise d'emploi infructueuses à cause d'un manque de productivité et de la présence de douleurs persistantes. Ces deux échecs ont entraîné un sentiment d'impuissance. Denise a passé deux résonances magnétiques, une radiographie de la colonne cervicale et un électromyogramme qui se sont avérés normaux. Elle est référée au Centre François Charon pour différents traitements d'ergothérapie et de physiothérapie, sans amélioration. Elle se plaint surtout de douleurs résiduelles cervicales basses avec irradiation à l'épaule gauche. Ces douleurs sont augmentées à l'effort. Une difficulté à conduire son automobile, liée à des troubles d'attention et à une douleur au cou, est présente. Denise a vécu une phase dépressive reliée aux pertes physiques liées à son accident. Elle a consulté un psychothérapeute qui lui apprenait des techniques d'autohypnose pour la gestion de la douleur et lui apportait une aide pour son état dépressif. Les limitations fonctionnelles permanentes au niveau de la colonne cervicale font qu'elle doit éviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente des activités qui impliquent de soulever, porter, pousser, tirer des charges supérieures à environ 25 kilos. Elle doit également éviter de subir des vibrations à basses fréquences ou des contrecoups à la colonne cervicale, éviter d'effectuer des mouvements

avec des amplitudes extrêmes de flexion, extension et de torsion de la colonne cervicale. Ces limitations occasionnent plusieurs obstacles dans sa recherche d'emploi.

En 2002, Denise participe à une étude pour une compagnie pharmaceutique afin de tester des produits en échange d'une compensation pécuniaire. Pour les protocoles de la recherche, l'institut fait des tests sanguins complets et décèle, chez elle, des résultats pouvant suggérer la présence du virus de l'hépatite C. Par la suite, Denise est suivie à la clinique de maladies transmises sexuellement (MTS) au CLSC de sa région. Des analyses plus poussées confirment la présence d'une l'hépatite C chronique asymptomatique, qu'elle aurait contractée il y a environ 12 ans (ce qui correspond à la période où elle consommait de la cocaïne par injection). Des tests sont également faits pour vérifier la présence possible d'autres MTS comme l'hépatite A, B et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), tests qui s'avèrent négatifs. Elle est immédiatement vaccinée contre l'hépatite A et B. À l'annonce de cette nouvelle Denise vit une période de choc durant un mois. Elle prend fréquemment des douches (plusieurs fois par jours) car elle se sent sale. Elle se méfie de tout objet coupant (surtout des rasoirs) et redouble de prudence lorsqu'elle est dans ses périodes de menstruation. Son fils et son conjoint sont testés négatifs pour l'Hépatite C. À l'annonce de cette nouvelle, elle cesse toute consommation d'alcool (qui était occasionnelle) et modifie son alimentation. Le médecin du

CLSC la réfère rapidement dans un Centre Hospitalier où elle débute un suivi auprès d'un gastro-entérologue et d'une infirmière qui déterminent que le génotype 3A touché, chez Denise, par l'hépatite C peut répondre à un traitement médical. Elle débute son traitement médical deux semaines avant le début de la thérapie. Le traitement Rebetrone (composé de Ribavirine par comprimés oraux deux fois par jour et d'Interféron par des injections intramusculaire trois fois par semaine) s'échelonne sur 24 semaines (six mois). Tout au long du traitement, Denise aura des formules sanguines complètes pour suivre l'évolution de la maladie.

Situation actuelle

Actuellement, Denise est âgée de 36 ans et vit avec son fils Alexandre de 9 ans. Elle habite dans une maison dont elle est propriétaire à Québec. Son fils réussit bien à l'école. Elle éprouve des difficultés avec ce dernier en ce qui a trait à l'autorité parentale. Elle se rend compte qu'elle a de la difficulté à mettre ses limites, à dire non et à maintenir l'encadrement qu'elle met en place. Lorsqu'elle le punit, dix minutes plus tard, elle se sent coupable et retire la punition administrée (Objectif 1 : Être capable de structurer son fils avec amour et fermeté). Au niveau de son entourage, y compris avec son ancien partenaire, elle a de la difficulté à refuser des demandes qui vont à l'encontre de ses besoins (Objectif 2 et 3 : Apprendre à dire « non » à des demandes de son

entourage ainsi qu'à s'affirmer dans ses relations avec les hommes). Par exemple : dire non à un parent qui lui demande à plusieurs reprises de voyager son enfant lorsque cela ne coordonne pas avec son horaire. Plusieurs contextes de vie l'aideront dans son processus thérapeutique : la cliente semble disposer de beaucoup de ressources internes. Denise a un bon réseau social, elle fréquente toujours la ressource Al-Anon et elle s'y est fait plusieurs amis sur lesquels elle dit pouvoir compter. Elle considère sa famille comme soutenance. Elle a une cousine, qui est une de ses grandes amies. De plus, elle entretient une relation d'entraide avec une voisine qui a un enfant du même âge que le sien. Elle ne consomme plus de drogue ni d'alcool. Elle anime également un groupe « Alateen » pour adolescent. Elle a un grand souci d'autrui.

PORTRAIT CLINIQUE

Voici un bref survol de la première analyse effectuée après l'entrevue d'accueil comportant une évaluation de sa problématique. De plus, un regard sur la motivation de la cliente est apporté en fonction de son style de coopération.

Évaluation de la problématique

Lors de la première entrevue, Denise a un affect approprié lorsqu'elle parle de son histoire personnelle. Son débit et ton de voix sont normaux. Elle semble calme. Elle rougit et regarde le sol lorsque ses forces et ses qualités lui sont reflétées. Suite à cette anamnèse, la thérapeute conçoit qu'il y a chez la cliente la présence de conflits familiaux conscients et d'autres non conscientisés. Denise se montre passive dans ses relations. Une dynamique de dépendance est présente. Elle souhaite plaire aux gens au détriment de ses propres besoins. La cliente semble avoir de bonnes habiletés sociales, elle est ouverte, dynamique et rencontre facilement de nouvelles personnes. Toutefois, elle a de la difficulté à prendre sa place de peur d'être rejetée.

Au niveau intellectuel, aucun déficit n'est observable à priori. Son niveau de vocabulaire est commun, elle pose des questions lorsqu'elle a besoin de précision sur un énoncé. Son jugement semble bon. De légères difficultés d'attention et de concentration ainsi que des petites pertes de mémoires sont rapportées par la cliente qui les relie à son accident de voiture. Toutefois, ces difficultés peuvent également s'expliquer par les effets de sa maladie ou de son traitement.

Il y a absence de pathologie majeure ; aucun état dépressif ou anxieux n'est observable. Aucun indice de la présence d'un trouble de la personnalité. Toutefois, la présence de traits dépendant est plausible. La cliente a une faible estime d'elle-même et manque de confiance en ses ressources. Elle adopte des attitudes de dépendance et de soumission dans ses relations interpersonnelles. Elle a tendance à s'oublier pour répondre aux attentes des autres. Elle est en recherche d'emploi sans avoir une idée du domaine qui l'intéresse. Enfin, elle rapporte vivre certaines difficultés sexuelles.

Sa souffrance passée est palpable et elle conscientise certains effets des événements passés sur sa vie actuelle. L'identité personnelle, l'estime et la confiance en soi sont à consolider. La motivation est excellente : elle désire fortement apporter des changements dans sa vie. Denise démontre également une bonne capacité d'introspection. Le pronostic semble donc excellent.

Les styles de coopération

Selon la théorie de Peacock (1999), trois styles de coopération des clients en suivi psychosocial sont possibles. Il les dénomme : le « visiteur », le « plaignant » et l'« acheteur ». Denise, quant à elle, peut être considérée comme une « acheteuse ». C'est une personne qui est consciente qu'elle a un problème et qui est prête à tout mettre en oeuvre pour le résoudre ou le

transformer. Elle est prête à expérimenter plusieurs pistes de solutions : ce qui laisse présager une excellente motivation à entreprendre un processus thérapeutique avec toutefois un risque de dépendance. Ce risque est présent dans le sens où elle peut introjecter les paroles du thérapeute sans évaluer si ces affirmations ou suggestions correspondent à son vécu. Il est donc primordial de rester vigilant sur cette possibilité. Devant une thérapeute « bonne vendeuse » la cliente pourrait devenir une « acheteuse ».

Ce premier chapitre a présenté le motif de consultation de la cliente, ses objectifs et attentes vis-à-vis la thérapie, son histoire personnelle ainsi que le portrait clinique dégagé par la thérapeute. Le chapitre suivant analyse le processus thérapeutique en portant une attention particulière à la compréhension et à l'évolution de la cliente au cours des dix-sept entrevues réalisées.

CHAPITRE DEUX

LE SUIVI THÉRAPEUTIQUE

LE SUIVI THÉRAPEUTIQUE

À l'intérieur de ce chapitre, le processus thérapeutique sera analysé pour chacune des séances et une réflexion sur l'intervention et ses impacts sera effectuée. Les deux premières entrevues ont servi à recueillir les informations sur la cliente, sa problématique et son histoire. Le traitement en soi s'est amorcé à partir de la troisième séance. Un total de 17 entrevues a été réalisé sur une période de sept mois pendant l'année 2003-2004.

PREMIÈRE ENTREVUE : LA RENCONTRE

Une femme de taille moyenne, bien mise, aux longs cheveux bruns se présente à l'heure au rendez-vous. Elle exprime la raison qui l'amène à consulter : elle désire apprendre à mettre ses limites. Elle mentionne également qu'elle souhaite faire la démarche pour elle-même, qu'elle a réalisé que les gens abusaient d'elle et qu'elle se rend compte que les hommes qu'elle fréquente sont souvent problématiques. Elle souhaite modifier la situation. En parlant des attouchements qu'elle a subis de ses frères, elle affirme être consciente qu'aujourd'hui elle rencontre certains malaises dans sa vie sexuelle qui semblent reliés à ces événements. Elle mentionne, entre autre, qu'elle a de la difficulté à éprouver du plaisir lorsqu'un partenaire sexuel lui touche les seins.

Denise parle beaucoup et aisément. Il est facile de recueillir des données sur son histoire de vie détaillée au chapitre précédant.

Clarification sur les informations recueillies

Après le premier rendez-vous, l'intervenante avait besoin de clarifier la nature du lien entre les nombreuses personnes présentes dans la vie de la cliente ; l'utilisation d'un outil clinique s'imposait pour y voir plus clair. À l'aide de la technique de « l'atome social » inspiré de Jacob Moreno (1970), une compréhension plus précise de la dynamique familiale de la cliente a été possible. Cet instrument normalement utilisé par le client lui-même, met en relief un phénomène de gravitation socio-affective du client par rapport à son réseau social. Selon Moreno, l'atome social constitue la plus petite unité sociale vivante à l'intérieur d'un réseau sociométrique. La sociométrie est la mesure d'une structure sociale, selon un ensemble de critères, basée sur des processus d'attraction et de répulsion (choix reçus et émis, positifs ou négatifs, réciproques ou non réciproques, par un individu) en fonction des relations interpersonnelles en lien avec le critère choisi (exemple : groupe de travail, compagnons de sports, groupe de classe, etc.). Il est possible d'étudier l'atome social à l'aide de deux perspectives différentes : « en partant de l'individu pour viser une collectivité ou de la collectivité pour viser l'individu » (Moreno, 1970, p.205). La première perspective est celle qui sera utilisée tout au long de ce travail. Celle-ci

permet de constater comment les sentiments (sympathie, antipathie, indifférence) irradient de l'individu central vers les individus composant l'atome social. Le sujet central peut être conscient des attitudes des individus (à l'intérieur de son atome) à son égard ou ignorer leur influence sur sa vie.

La thérapeute est consciente que le fait de dessiner elle-même l'atome social pourrait biaiser son jugement face aux atomes subséquents produits par la cliente. Toutefois, l'impression dominante est que de toute façon, ayant déjà une représentation mentale de son réseau social, le fait de la mettre sur papier permet de clarifier cette représentation mentale et d'y porter attention en y étant consciente. En observant la figure 1, il est possible de constater que selon la perception du thérapeute, la cliente semble très proche, voire même fusionnelle avec sa mère, sa sœur Nancy et son frère Marc. Plusieurs relations sont qualifiées d'insatisfaisantes : Robert (son chum), son père, ses grands-parents, ses frères Yvon et Gilles, son fils Alexandre ainsi que le conjoint de sa sœur Thérèse. Les autres relations sont qualifiées de relations proches. Si on regarde la distance mise entre Denise et son réseau par la thérapeute, on observe que celle-ci délimite dans un cercle ceux qu'elle considère comme ayant le plus d'influence sur la vie actuelle de la cliente, soient : sa mère, ses frères Gilles et Marc, sa sœur Nancy et son fils Alexandre. L'utilisation de cet outil permet de réaliser que le problème de la cliente provient de l'ensemble du système familial

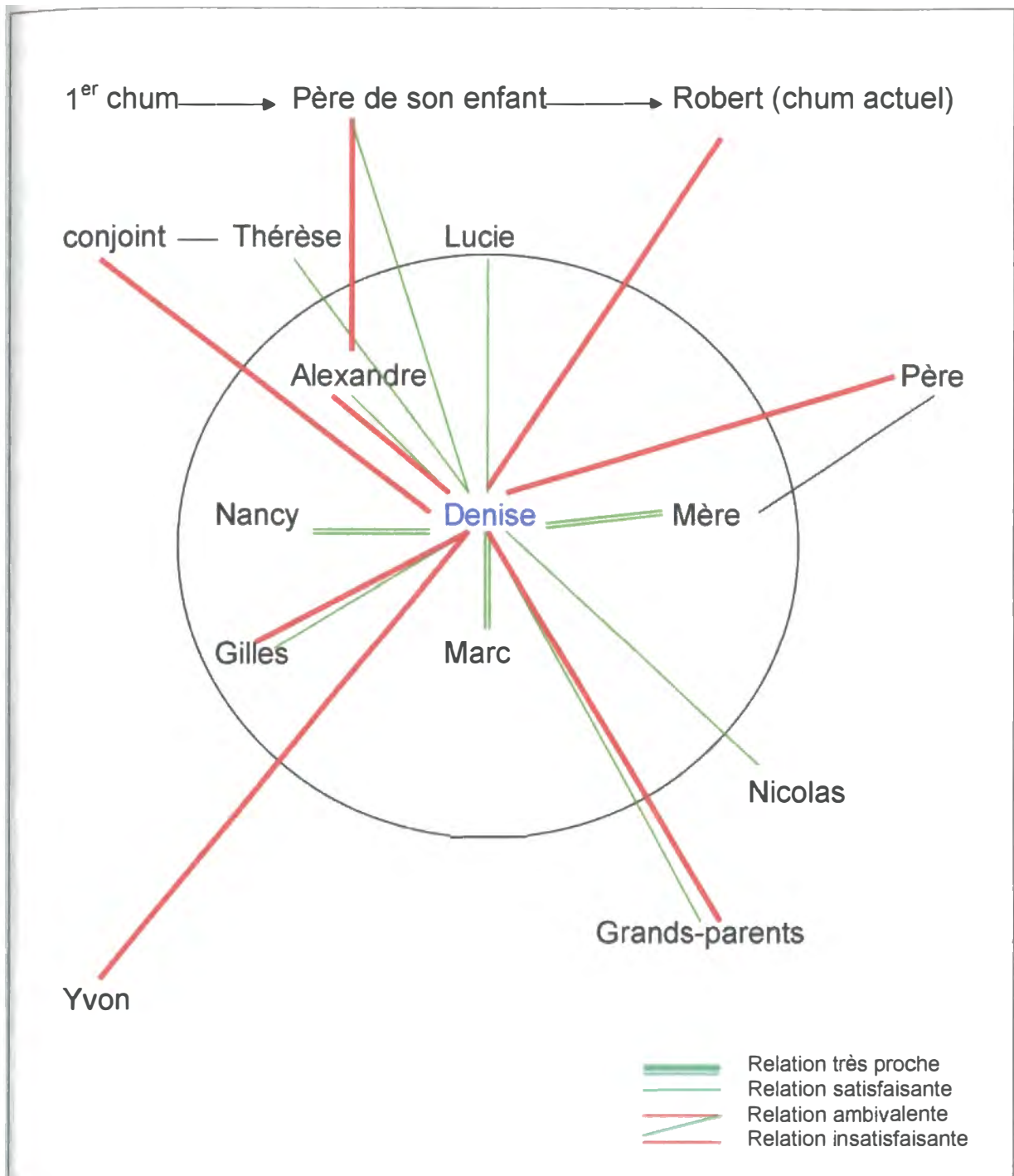


Figure 1. Premier atome réalisé par la thérapeute.

et non d'un membre en particulier. Donc, la thérapie pourra s'orienter dans un contexte qui tient compte de l'ensemble du système afin que la cliente puisse y donner un sens et en comprendre l'impact sur sa vie présente.

Ayant maintenant une vision globale de la cliente dans son réseau naturel, la thérapeute s'interroge sur l'ensemble des facteurs pouvant être sous-jacent au motif de consultation. La figure 2 illustre l'analyse contextuelle élaborée également à la suite de la première séance. Les principes régissant l'analyse contextuelle sont entre autres les suivants :

Le concept de structure hiérarchique implique que tous les comportements ne sont pas égaux, que certains ont plus d'importance que d'autres. Certains comportements forment le cœur de l'organisation et la colorent. [...] Le changement dans l'un des comportements du système peut non seulement modifier qualitativement d'autres comportements, mais peut aussi influencer des aspects inconscients : conflits et mécanismes de défense. (Hould, 2001, p.86)

Plusieurs événements de son passé ont contribué au développement et au maintien des difficultés actuellement rencontrées qui forment le motif de consultation : la violence physique et verbale de ses grands-parents et de son père, l'absence de celui-ci, les attouchements subis de ses frères ainsi que la présence d'alcoolisme dans la famille. Si on regarde attentivement la section dynamique interne de l'analyse, on constate que le manque d'autorité avec son fils est l'aboutissement de plusieurs autres facteurs. Un cercle vicieux (illustré par les flèches en caractère gras) est présent. Ce cercle explique les facteurs

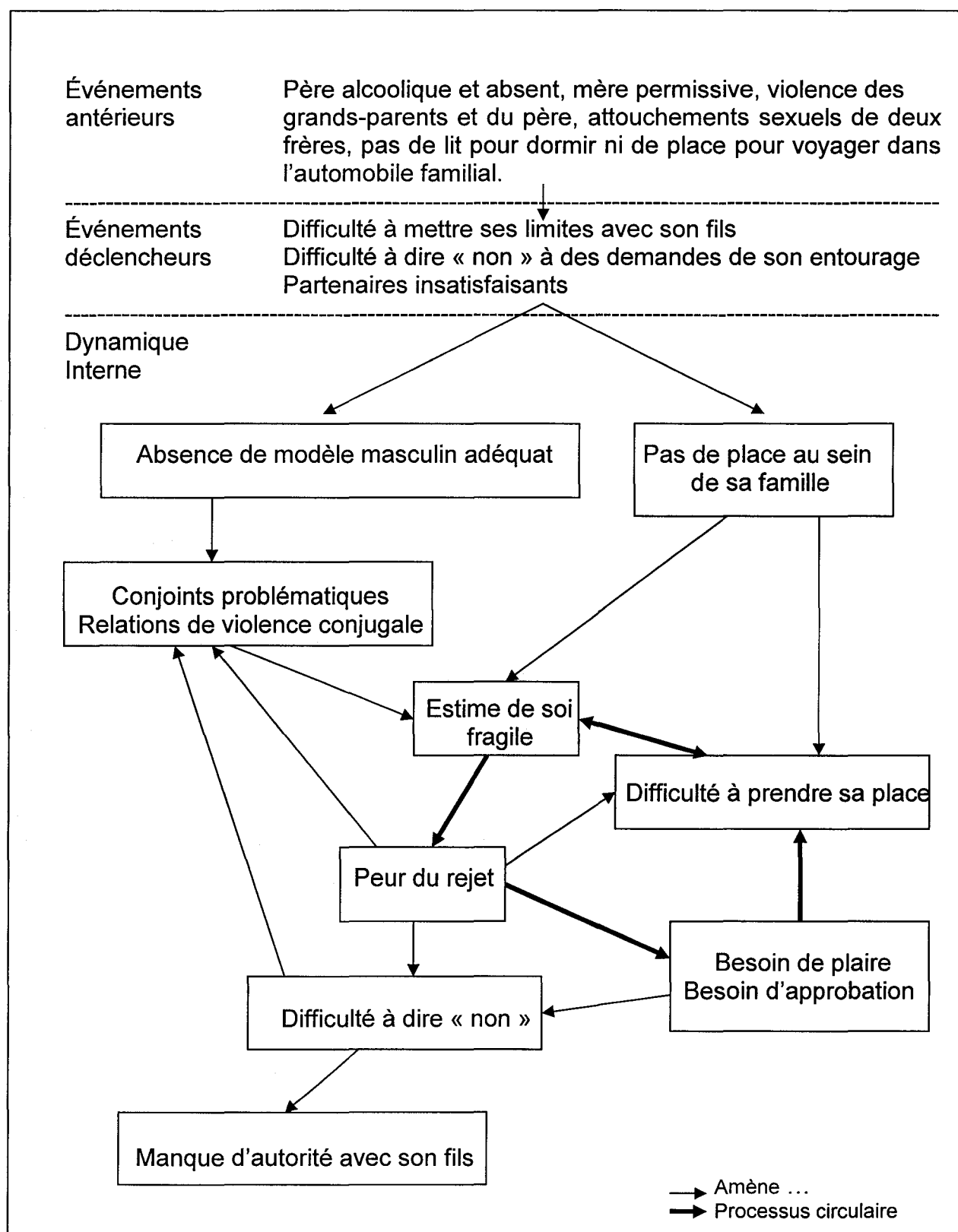


Figure 2. Analyse contextuelle.

importants contribuant au malaise de la cliente ainsi qu'au maintien de ses difficultés. En effet, une estime de soi fragile, une difficulté à prendre sa place, une peur du rejet et un besoin de plaire et d'approbation sont interreliés et contribuent par leur ensemble à expliquer sa difficulté à dire « non », à s'affirmer dans sa vie et son manque d'autorité avec son fils. Ce cercle vicieux démontre que la cliente, dans ses relations interpersonnelles, adopte une position de soumission, ce qui renforce les probabilités de se retrouver dans des relations où elle est dominée comme le démontre son passé de violence conjugale. Il est certain que l'absence de modèle masculin et féminin adéquat en augmente également les possibilités.

Plan de traitement

Pour parvenir à l'atteinte des objectifs qui consistent à ce que la cliente apprenne à s'affirmer ainsi qu'à mettre ses limites et à les maintenir auprès de son fils, de son entourage et de ses partenaires, les stratégies d'intervention initiales sont les suivantes :

- Établir une alliance thérapeutique où la cliente aura le climat de sécurité nécessaire pour s'exprimer et remettre en question certains comportements et attitudes.
- Un volet apprentissage des modes de communication : affirmation, soumission, agressivité. De cette façon, permettre à la cliente de se

situer dans un mode de communication et de modifier celui-ci pour parvenir à l'affirmation de soi.

- Utilisation du modèle ABC inspiré de Beck et de Ellis (situation objective / croyances / conséquences) pour travailler à partir de situations concrètes les distorsions cognitives.
- Utilisation de l'atome social pour démontrer et visualiser la qualité des relations interpersonnelles actuelles ainsi que les schèmes répétitifs à partir de sa famille d'origine.
- Jeux de rôles pour travailler l'acquisition et la consolidation des habiletés de communication.
- Lectures pertinentes pour permettre à la cliente d'approfondir par elle-même certains sujets.

La durée de la thérapie est évaluée initialement à moins de dix rencontres étant donné l'approche court terme privilégiée par le milieu CLSC. Il sera possible d'extensionner ce nombre si le besoin s'en fait sentir. Aucun obstacle majeur à la thérapie n'est envisagé pour l'instant. La cliente semble posséder de bonnes ressources internes pour composer avec les difficultés qu'elle rencontre mais avoir besoin d'une aide professionnelle pour les découvrir, comprendre son fonctionnement actuel et développer des comportements plus satisfaisants. La question de l'inceste subie par ses frères ne figure pas dans le plan de traitement actuel étant donné que la cliente

n'identifie pas cette cible à travailler. Ces événements resteront toutefois à l'esprit du thérapeute. Si les conséquences de ces abus interfèrent avec le progrès en thérapie et si la cliente désire les explorer, il sera donc possible de revoir le plan de traitement.

DEUXIÈME ENTREVUE : L'ÉVALUATION

Une semaine plus tard

Une évaluation sommaire a été proposée à la cliente dans le but d'investiguer la présence possible de pathologie non détectée lors du premier entretien clinique (dont la possibilité d'un trouble de personnalité dépendante en lien avec sa dynamique de fonctionnement interne). L'Inventaire Clinique Multiaxial de Millon-III (MCMI-III) a été administré lors de la deuxième rencontre (Millon, 2002). Ce test de type objectif basé sur le DSM-IV, contient 175 items se répondant par vrai ou faux. Il comporte 27 échelles : validité (3), personnalité (11), troubles de personnalité sévères (3), syndromes cliniques (7) et syndromes cliniques sévères (3) (Millon, Millon & Davis, 1997).

Bien que la cliente ne soit pas considérée comme faisant partie d'une population clinique ou psychiatrique, le MCMI-III par sa capacité à discriminer

les troubles de l'axe 1 et 2 selon la nomenclature du DSM-IV et son laps de temps relativement court pour l'administration a été privilégié afin de pousser plus loin l'évaluation initiale de la cliente. Il est utilisé dans ce cadre de manière davantage qualitative comme mesure pré et post test pour noter les changements apportés par la thérapie.

Les résultats au test sont valides. Les trois échelles de validité (Disclosure, Desirability, Debasement) suggèrent que la cliente peut avoir répondu de manière légèrement défensive au test, mais que par contre elle n'a pas tendance à sous-rapporter ou à exagérer ses difficultés et que les réponses ne sont pas teintées de désirabilité sociale. Dans les échelles de personnalité, aucun trouble de la personnalité ne ressort de façon significative, aucun indice d'une problématique pathologique de dépendance. Dans le rapport d'interprétation, on peut toutefois noter que la cliente (par la présence d'une élévation de l'échelle histrionique) semble avoir des besoins d'attention et de reconnaissance élevés, que les conflits sont évités en faveur d'une harmonie interpersonnelle, même au prix de ses propres valeurs et croyances. Selon la théorie de Million (Million, Millon et al., 1997) l'abandon est la peur sous-jacent pour les clients ayant ce type de profil, pouvant aller jusqu'à une soumission excessive pour maintenir leur sécurité affective. Au niveau de l'interprétation des syndromes cliniques, il n'y a aucune évidence de pathologie. Il ressort toutefois quelques indices légers de trouble délirant. Ce score s'explique en retournant

aux items du test (Million, 2002) où la cliente a répondu vrai à un seul des quatre énoncés qui constituent cette échelle : « les gens essaient de me faire croire que je suis folle ». Ces résultats confirment les observations cliniques rapportées suite à la première rencontre.

À la suite des résultats obtenus, l'impression diagnostique initiale, d'un problème d'affirmation de soi a été conservée. Selon l'évaluation faite par la travailleuse sociale, le fils de Denise ne présente aucun signe de détérioration de son fonctionnement. De plus, l'ensemble des interactions mère-fils se déroule bien. Les difficultés rencontrées par la cliente sont davantage d'ordre personnel que familial.

TROISIÈME ENTREVUE : LA THÉRAPIE

Une semaine plus tard

Les résultats de l'évaluation sont transmis à la cliente qui se dit en accord avec ceux-ci. Les objectifs du plan de traitement sont discutés et acceptés par la cliente. Le plan global d'intervention sera donc d'apprendre à s'affirmer, de mettre ses limites et de les maintenir. Plus spécifiquement, les objectifs visés sont : (1) être capable de structurer son fils avec amour et fermeté, (2)

apprendre à dire « non » à des demandes de son entourage qui sont egodystone, (3) comprendre pourquoi elle se retrouve dans des relations violentes, apprendre à s'affirmer dans ses relations avec les hommes, travailler sur les difficultés sexuelles. Denise pose des questions sur la démarche de thérapie et désire connaître mieux son intervenante. La question du jeune âge (25 ans) du thérapeute est relevée. Denise explique qu'elle avait été surprise lors de la première rencontre mais elle mentionne « finalement, le contact s'est tellement bien fait que, regarde, que tu aies 25 ou 40 ans, ça pu d'impact ». Elle pose également des questions à savoir si la thérapeute a des enfants, si elle demeure dans la région, où étudie-t-elle, etc. Seule la question sur l'âge du thérapeute a fait l'objet d'une réponse puisque celle-ci paraît beaucoup plus jeune que son âge. Les autres questions n'obtiennent pas de réponse et le cadre du processus thérapeutique est précisé. Une clarification est apportée sur l'attitude souhaitée de la part du thérapeute si, à l'extérieur de l'établissement, un contact fortuit entre la thérapeute et la cliente se produisait.

Utilisation du modèle ABC

La cliente a commencé à rédiger dans un cahier (suite à la recommandation du thérapeute faite à la fin de la deuxième séance) ses observations sur les situations rencontrées où elle a de la difficulté à dire « non ». Les situations sont examinées une par une en les analysant à l'aide du

modèle cognitif ABC (événement déclencheur, croyances, conséquences émotionnelles et comportementales) inspiré de Beck et de Ellis (Chadwick, Birchwood & Trower, 2003). En bref, ce modèle propose l'idée que les réponses aux événements sont davantage influencées par la perception subjective (pensées, images et croyances) que par les événements eux-mêmes. Une des situations rapportée par la cliente est la suivante : l'infirmière qui suit la cliente pour son hépatite lui téléphone pour lui demander si « elle voudrait parler avec une autre patiente qui est en traitement pour la même maladie ». Sur le coup, Denise est intéressée à partager avec une autre personne les obstacles que chacune rencontre afin de s'entraider. Plus tard dans la conversation téléphonique, l'infirmière lui dit que « l'autre personne est dépressive, qu'elle pleure toujours et qu'elle trouve le traitement très dur ». La cliente s'interroge spontanément à savoir « est-ce que j'ai vraiment besoin de ça dans ma vie ? » mais une de ses croyances fondamentales est qu'il faut toujours dire oui. Elle répond à l'infirmière qu'elle est toujours intéressée à la démarche. En raccrochant le téléphone la cliente ressent un malaise, « je dis oui mais en dedans de moi ça dit pas oui ».

La cliente ressent donc une dissonance cognitive (Festinger, 1957) du fait qu'elle répond oui à une demande lorsqu'elle aurait préféré dire non car elle n'est « pas certaine que c'est correct pour moi ». Afin de réduire cette dissonance, elle tente de rationaliser celle-ci en se disant : « je me suis dit que

je ne pouvais pas dire non parce que des fois, ça peut être un très beau partage. Je me suis dit on verra à ce moment là. Je verrais, si je vois qu'à ce moment là que je ne suis vraiment pas capable de discuter avec cette personne, c'est peut-être justement une affaire de plus à surmonter encore sur mon chemin. » En analysant cette situation en détail avec la cliente, elle découvre la présence d'une croyance de base : je dis oui pour ne pas déplaire, il faut que je sois gentille. Sous-entendu : si elle veut être aimée, elle doit toujours dire oui. La cliente réalise ainsi que la conséquence de cette croyance est un malaise lié au fait qu'elle se retrouve prise entre deux chaises : écouter ses besoins et dire non ou répondre oui pour plaire à l'infirmière et se montrer gentille en aidant une autre personne. Pour résoudre ce dilemme elle choisit de se mettre en position d'attente ; de dire oui en espérant avoir l'opportunité de dire non plus tard. Ainsi la dissonance cognitive s'estompe.

L'assujettissement

Afin d'aider la cliente à mieux comprendre comment elle se place dans des situations qui sont inconfortables et insatisfaisantes, un volet psychoéducatif inspiré des travaux de Boisvert et Beaudry (1979) ainsi que Saint-Paul (1999) sur l'affirmation de soi est présenté à la cliente. Selon ces auteurs, l'affirmation de soi c'est d'être capable de faire valoir ses désirs, ses besoins, ses opinions, ses valeurs et ses sentiments en agissant en accord avec ceux-ci sans

concessions inutiles ni agressivité. Cette définition implique le respect de soi-même autant que de l'autre. Ainsi, trois types de réponses sont possibles dans un échange soit : les comportements de passivité ou de soumission, d'agression et d'affirmation. Le comportement passif se caractérise par le fait que l'individu ne respecte pas ses propres besoins et sentiments pour répondre à ceux de l'autre. La personne passive se sacrifie. Elle peut être anxieuse et mal à l'aise, elle laisse les autres choisir à sa place et ne parvient pas à son but. Elle laisse les autres deviner ses besoins. Par ce type de comportement, la personne risque de se retrouver en position de victime. Dans le comportement agressif, la personne tient compte d'elle-même, de ses propres besoins mais au détriment de l'autre ; elle parvient à son but en écrasant les autres. Elle peut blesser l'autre et l'amener sur la défensive. Ceci peut placer la personne dans une position de persécuteur. Dans le comportement affirmatif (celui que l'on cherche à atteindre), la personne tient compte de ses sentiments et reconnaît ceux de l'autre. Elle se sent bien, confiante et satisfaite. Elle fait ses choix par elle-même et atteint son but. Il y a un respect de ses besoins et une reconnaissance de ceux de l'autre.

Denise se reconnaît dans le comportement de soumission. Sa difficulté à dire non, sa peur de déplaire et d'être ainsi rejetée, l'amène à adopter cette position. Selon la théorie des schémas proposée par Young et Klosko (2003), la cliente correspond au schéma « assujettissement ». Les personnes

correspondant à ce schéma se sentent dominées et laissent les autres diriger leur vie. Un désir de plaire à tout le monde (famille, amis, conjoint, employeur, collègues de travail, etc.) est omniprésent au détriment de leurs propres désirs. L'assujettissement prive les gens de leur liberté car leur vie n'est souvent qu'une réaction aux besoins des autres, tous les choix sont dictés par les réactions d'autrui. Souvent, ces personnes, lors de situations conflictuelles, se mettent en position d'attente et croient que, par magie, tout rentrera dans l'ordre. Elles ont beaucoup de difficulté à mettre et à maintenir leurs limites face aux exigences d'autrui. Elles ne parviennent pas à demander aux autres de changer d'attitude même si le comportement d'autrui les ennuie. D'une certaine manière, les personnes correspondant à ce schéma retirent une certaine fierté des services rendus aux autres, c'est un moyen de valorisation pour elles qui passe par la négation de soi et le manque d'affirmation.

L'assujettissement fragilise l'estime de soi et contribue à des problèmes d'identité par la dépendance qui en découle. De nombreuses frustrations et un puissant sentiment de colère peuvent en découler du fait que la personne se rend compte à un moment donné que les gens abusent d'elle. Toujours selon ces auteurs, deux explications permettent de comprendre pourquoi la personne soumise se laisse dominer par autrui. La première est l'abnégation qui consiste à se croire responsable du bien-être des autres. Dans l'enfance, la personne peut avoir été amenée à prendre en charge un membre de sa famille et ainsi à

occuper des responsabilités qui reviennent normalement à un adulte. Dans le cas de Denise, celle-ci tentait de protéger sa mère contre son père et ses grands-parents qui la rendaient malheureuse. L'abnégation amène la personne à développer plusieurs forces comme l'empathie mais apporte souvent un déséquilibre entre ce que la personne offre et reçoit en retour. La culpabilité est omniprésente chaque fois que la personne fait passer ses besoins en premier, lorsqu'elle tente de s'affirmer ou quand elle ne parvient pas à faire diminuer la souffrance d'autrui. Les nombreuses culpabilités de la cliente seront décrites dans les pages suivantes. La deuxième explication est la soumission par crainte d'être rejetée, abandonnée ou de subir des représailles. Denise devait souvent, comme enfant, jouer un rôle passif n'ayant pas de place dans sa famille et craignant d'être rejetée par ceux-ci. Denise rapporte plusieurs situations où, plus jeune, elle a déjà été punie par ses parents ou ses grands-parents pour avoir osé s'affirmer. Dans ce cas le comportement affirmatif n'est pas répété.

En réalisant l'influence de ce schéma dans sa vie, Denise comprend enfin pourquoi elle manifeste autant de difficulté à s'affirmer dans ses relations interpersonnelles mais ignore toujours comment changer les choses. « Ah, c'est ça l'affaire. Tout s'explique mais je peux-tu changer ça enfin ? »

ENTREVUE 4 : L'ATOME SOCIAL

Une semaine plus tard

Pour la première fois (outre qu'à l'entrevue d'accueil) la cliente aborde le sujet de son traitement médical pour son hépatite C. Elle mentionne avoir de nombreux effets secondaires comme des migraines, des diarrhées, une anémie hémolytique, une fatigabilité nuisant à son fonctionnement quotidien et des émotions à fleur de peau. Son traitement a débuté il y a environ un mois et c'est seulement depuis une semaine qu'elle a commencé à ressentir des effets indésirables. Son infirmière lui aurait dit que ces effets sont normaux. Denise, qui effectuait des recherches d'emplois pour un éventuel retour sur le marché du travail, réalise avec déception qu'elle devra mettre ce projet sur la glace pour la durée de son traitement, soit six mois. Elle se « sent coupable de pas feeler bien, de ne pas avoir la force de prendre une marche dehors alors qu'il fait soleil, de ne pas travailler, (...) d'être fatiguée et que son fils prenne soin d'elle, (...) d'être couchée en plein jour pour se reposer », etc. Craignant que la cliente puisse vouloir continuer la thérapie pour plaire à son intervenante en dépit des effets secondaires de son traitement médical, une investigation des capacités de la cliente à poursuivre la thérapie a été menée. Elle mentionne que pour l'instant la thérapie lui fait du bien mais qu'une inquiétude est présente en lien avec son traitement pour l'hépatite C. Les progrès en thérapie lui enlèvent

beaucoup de stress au quotidien. Une modification du plan d'intervention est apportée pour inclure un support à la détresse psychologique engendrée par le traitement médical Rebetrone. La cliente est invitée à partager son vécu, ses craintes et ses difficultés reliés à son traitement en début de séance, si elle en ressent le besoin. Denise se sent soulagée par cette modification du plan d'intervention. Toutefois, afin de « pratiquer » l'affirmation de soi, la cliente est encouragée à aviser la thérapeute lorsqu'elle souhaite ventiler sur son traitement.

Mise en place de l'atome social

La cliente avait un devoir à effectuer pour cette rencontre : faire une première ébauche de son atome social. La consigne donnée à cet effet consistait à écrire son nom au centre d'une feuille et à disposer autour de celui-ci le nom des gens significatifs pour elle en fonction de leur importance dans sa vie actuelle (exprimée par la distance entre son nom et les noms des personnes). De plus, elle devait obligatoirement y inscrire les membres de sa famille d'origine. En observant la figure 3, la première constatation qui émerge c'est que Denise a placé beaucoup de monde dans son atome social. On y retrouve tous les membres de sa famille d'origine qu'elle a disposés près d'elle sauf pour deux de ses frères (Gilles et Yvon) qu'elle a mis en retrait. Beaucoup



Figure 3. Atome social original lors de la première consigne.

d'amis sont présents : des membres du groupe Al-Anon qu'elle fréquente, des amis de travail qu'elle continue à fréquenter, des amis de son voisinage, etc. Son fils est celui qui a la plus courte distance avec elle. Suite à son atome social Denise mentionne avoir un réseau social important de gens qu'elle considère comme significatifs. Elle se dit bien entourée.

Afin de faciliter la lecture et la compréhension de l'atome social élaboré par Denise, la cliente et la thérapeute font le choix de se limiter à son noyau familial d'origine comme l'illustre la figure 4. Denise, à l'aide de crayons de couleurs rouge et vert, qualifie ses relations avec les membres de sa famille selon la légende décrite au bas de la figure. Interrogée par l'intervenante sur le résultat, la cliente remarque qu'il y a beaucoup de rouge dans son atome social. Elle émet le commentaire qu'elle a mis le lien avec son frère Nicolas en rouge car elle trouve qu'elle ne le voit pas assez souvent. Elle souligne également qu'elle trouve qu'elle n'a pas beaucoup de relations qualifiées de très proches et qu'elle aurait aimé qu'il y en ait davantage. Au sujet de ses grands-parents paternels, elle qualifie leur relation d'insatisfaisante pour une bonne période de sa vie mais depuis qu'ils sont morts, elle les considère comme étant plus proches. À son tour, la thérapeute lui reflète que les relations qu'elle qualifie d'insatisfaisantes sont, hormis la grand-mère, toutes avec des hommes. De plus, elle a disposé les deux frères incestueux au bas de la page de façon à ce

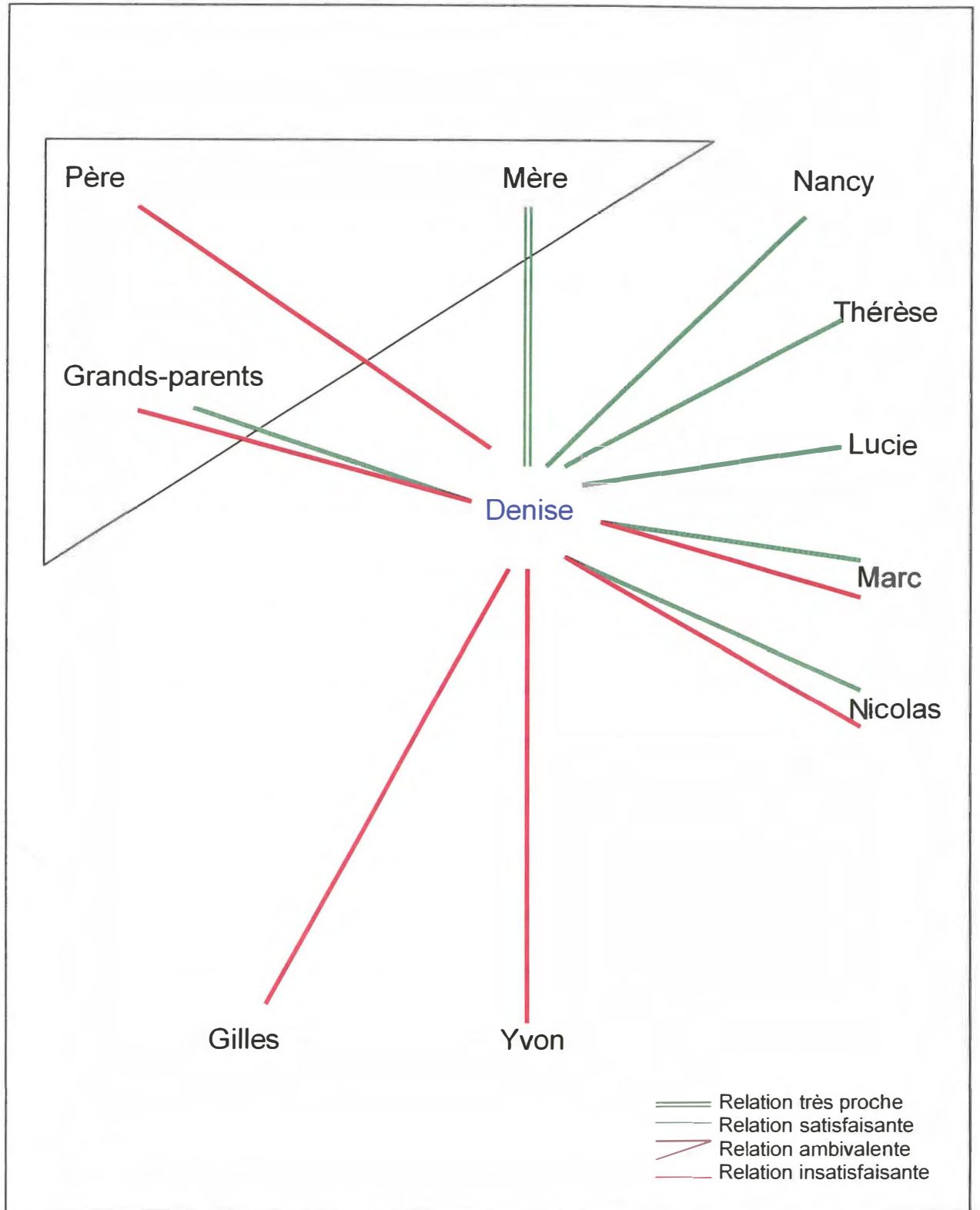


Figure 4. Atome social avec sa famille d'origine (1^{er} atome).

qu'ils soient le plus éloigné possible (ce qui confirme l'intuition du thérapeute quant à l'effet moins conscient des abus, voir p. 34). Denise dit qu'elle n'avait pas du tout fait ce lien (différence de la qualité de la relation selon les genres) et qu'elle n'avait pas porté une véritable attention à l'emplacement qu'elle a désigné aux membres de sa famille. Elle est surprise mais en accord avec ce nouvel angle amené par la thérapeute.

Dans le coin supérieur gauche, on retrouve son père et ses grands-parents paternels. Elle a regroupé ensemble ceux que l'on peut considérer comme des « dinosaures ». Ce terme, utilisé dans le modèle de Forward (2004), désigne des parents alcooliques qui terrorisent tous ceux qui sont à l'intérieur de la maison familiale mais qu'on ne peut pas nécessairement voir si on est une personne extérieure, car les habitants de la maison en garde le secret. Les dinosaures prennent toute la place dans la maison et comme il est impossible de les chasser, les habitants sont forcés de faire comme s'ils n'étaient pas là. C'est la seule façon de coexister. En conséquent, il est rare qu'un membre de la famille invite quelqu'un à lui rendre visite en raison de la honte ressentie d'avoir ces dinosaures en plein milieu de leur salon tandis qu'un inconnu ne pourrait pas les ignorer. En vivant dans cette maison hébergeant trois dinosaures, Denise a passé son enfance dans une atmosphère qu'elle qualifie de terrifiante. Dans un environnement où tout le monde travaille à sauver les apparences, à camoufler ces dinosaures, un profond sentiment de honte émerge, « j'avais trop

honte pour ramener des amis à la maison lorsque j'étais petite ». Un isolement provoqué par le mensonge familial est présent. Les conséquences sur l'estime de soi sont désastreuses.

L'estime de soi consiste en :

l'évaluation positive de soi-même, fondée sur la conscience de sa propre valeur et de son importance inaliénable en tant qu'être humain. Une personne qui s'estime se traite avec bienveillance et se sent digne d'être aimée et d'être heureuse. L'estime de soi est également fondée sur le sentiment de sécurité que donne la certitude de pouvoir utiliser son libre arbitre, ses capacités et ses facultés d'apprentissage pour faire face de façon responsable et efficace aux événements et aux défis de la vie. (Saint-Paul, 1999, p.20).

L'estime de soi se développe dès notre plus tendre enfance ayant ses fondements dans les croyances que nous avons développées sur nous-même, sur les autres et sur le monde en fonction des divers événements jugés suffisamment marquants ou répétitifs pour être significatifs. Selon Saint-Paul (1999), c'est entre l'âge de trois à six ans que la personne se développe une personnalité. La réponse à la question fondamentale « qui suis-je » va déterminer si l'enfant se considère important ou non. Or, Denise à cet âge n'avait même pas d'endroit attribué pour dormir. Le message reçu de la majorité des expériences de sa jeunesse lui reflète la fausse croyance qu'elle n'a pas sa « place », ce qui peut facilement être interprété comme « je n'ai aucune valeur aux yeux de ma famille ». Cette croyance a un impact important sur la notion de

l'identité « je ne suis rien ». Denise entrevoit progressivement l'impact et l'influence des événements de son passé dans sa vie actuelle.

Le triangle à l'intérieur de la figure 4 illustre la relation entre les dinosaures et la mère. Le premier rôle d'un parent est de voir à la sécurité physique et émotionnelle de ses enfants. Or, la mère de Denise aurait dû protéger du mieux possible ses enfants de la violence verbale et physique prodiguée par le père et les grands-parents. Au lieu de cela, elle est devenue, par sa passivité, la complice des dinosaures. Cette passivité a donné lieu à un renversement de rôle classique : Denise, étant jeune, voulait sortir sa mère et elle-même de cette maison infernale. Devant la responsabilité démesurée dont elle s'est accablée, un fort sentiment de culpabilité a émergé par l'échec de sa mission. La thérapeute questionne Denise sur les observations soulevées sur la dynamique des dinosaures : « Qu'est-ce que je fais pour survivre dans cette maison ? Je suis en danger physiquement, émotionnellement et psychologiquement, je ne me sens pas en sécurité, je ne suis pas protégée, qu'est que je fais ? » La cliente identifie et comprend qu'elle a dû adopter comme position de survie le rôle de l'enfant invisible au détriment des conséquences néfastes sur son estime de soi. Denise sent alors monter des émotions confuses de tristesse et de colère.

Les mécanismes de survie de l'enfant ayant des parents alcooliques

Dans le but d'aider Denise à comprendre sa dynamique familiale et les effets sur son développement, la thérapeute choisit (en sachant que la cliente est familière avec les groupes d'entraide Al-Anon et Alateen) de mettre l'accent sur les mécanismes utilisés par les personnes côtoyant un proche souffrant d'alcoolisme. Les enfants d'alcoolique peuvent développer plusieurs rôles comme mécanisme de survie. Ils peuvent devenir alcoolique à leur tour, l'appui principal, le héros de famille, le souffre-douleur, l'enfant rêveur ou le porte-bonheur (tiré du groupe d'entraide québécois pour les enfants adultes de parents alcooliques : EADA). Denise observe attentivement la feuille remise à cet effet (voir Appendice D) et se reconnaît principalement dans le rôle de souffre-douleur en ce sens qu'elle se perçoit comme étant influencée par les autres, repliée sur elle-même, elle a vécu une grossesse imprévue, elle a fait usage de drogue et d'alcool. Les sentiments sous-jacents sont la solitude, la peur, la colère, la peine et le rejet. Elle se reconnaît également des caractéristiques dans le rôle de l'enfant rêveur, l'alcoolique et celui de l'appui principal soit : des sentiments de honte, de culpabilité, de douleur et de confusion. Au niveau des comportements de défense, elle identifie : responsabilité exagérée, reproche personnel, calme, éloignement, indépendance exagérée, fragilité, gentillesse exagérée. Denise est fascinée du fait de s'être autant reconnue à l'intérieur des cercles et par sa nouvelle capacité

de mettre en mot son expérience. La thérapeute suggère à Denise la lecture du livre « Parents toxiques » de Susan Forward (2004), afin de poursuivre l'introspection sur sa dynamique familiale et ainsi lui permettre de donner un sens au système familial, de diminuer la culpabilité qu'elle traîne depuis longtemps comme un boulet et de comprendre pourquoi elle est comme elle est aujourd'hui.

Vision thérapeutique

La thérapeute partage la vision plus « éclectique » de Young et Klosko (2003), de l'approche cognitivo-comportementale. D'abord, par son aspect pratique, celle-ci aide au développement d'habiletés et facilite la modification de comportements. Mais la vision qu'ils privilégient vise plus qu'une modification des comportements à court terme et les méthodes cognitives et comportementales ne suffisent souvent pas à modifier des modes de comportements ancrés depuis longtemps. Leur approche, basée sur les schémas, vise davantage à la résolution des problèmes au long court, en ce qui a trait aux relations affectives, à l'estime de soi et aux problèmes d'identité. Pour ces auteurs, une préoccupation pour le comportement actuel des gens est présente, mais leur façon de ressentir et d'établir des rapports avec autrui est tout aussi importante. « Parvenus à l'âge adulte, nous parvenons à recréer des circonstances remarquablement similaires à celles qui, dans l'enfance,

contribuaient à notre détresse » (Young & Klosko, 2003, p.19). Il est donc important de retourner avec la cliente dans son histoire personnelle afin de mettre du sens dans les sentiments qui l'habitent aujourd'hui. De plus, selon Forward (2004), « la thérapie atteint sa plus grande efficacité lorsqu'elle procède sur deux terrains, en modifiant le comportement actuel de dévalorisation et en déconnectant l'individu des traumatismes de son passé » (p.15).

ENTREVUE 5 : LA PERCEPTION DU PÈRE

Une semaine plus tard

Nous venons d'évoquer l'importance des premières relations familiales dans la construction de l'identité personnelle. Or, Denise arrive précisément à la rencontre suivante avec une préoccupation concernant son père. À cet effet, elle se replonge dans ses souvenirs d'enfance et décrit sa perception de la relation avec son père en se remémorant son dialogue intérieur y étant associé. De plus, elle dégage les émotions et les comportements en lien avec cette relation en utilisant le modèle ABC. La figure 5 illustre la perception que Denise a de cette relation en tant qu'enfant et avec du recul à l'âge adulte. En retournant dans ses souvenirs, Denise réalise les conséquences engendrées par l'attitude froide et austère de son père. Cette attitude a provoqué chez elle

EN TANT QUE ENFANT			
SITUATION	PENSÉES	ÉMOTIONS	COMPORTEMENTS
Mon père boit. Il s'occupe de son travail et m'ignore. Il est souvent absent, je ne le connais pas, inconnu. Il parle fort et démontre un certain pouvoir. Il dégage de la malice.	À 5-6 ans, je me demande pourquoi je n'ai plus d'attention. Ce doit être correct comme ça. Y'a ben l'air pas fin. C'est un dinosaure. Je vais le combattre. Il est malade. Il fait pitié.	Rejet Ignorée Insécurité Colère Solitude Confusion Douleur	Souffre-douleur Drogue Je me rebelle. Je veux me démarquer. Je ne prends pas soins de moi. Je pile sur ce que je ressens. Je fais des choix qui ont de grosses conséquences.
EN TANT QUE ADULTE			
Elle reste la même.	C'est énorme, ça n'a pas de sens. Je suis grande. C'est toi (père) qui a tout fait cela.	Impression de flotter Libérée vs écrasée Courageuse	Je veux me libérer pour vivre autre chose

Figure 5. La relation de Denise avec son père.

des sentiments de rejet, d'insécurité, de colère, de solitude, de confusion et de douleur. Ces sentiments et ces pensées ont fait en sorte que Denise enfant adopte le rôle de souffre douleur tandis qu'à l'adolescence et même au stade de jeune adulte, elle se rebelle mais en continuant d'adopter des comportements autodestructeurs : relations avec ses chums, période de toxicomanie, échange de seringues qui lui ont donné l'hépatite C, avortement d'une grossesse non désirée, etc. Elle a refoulé ses sentiments et les a retournés contre elle-même.

Étant plus jeune, elle a fait de son père son pire ennemi (comme elle le dit à l'entrevue 1 dans son anamnèse) ; mais ne pouvant le confronter directement par craintes de représailles et désirant par-dessus tout conquérir son attention ainsi que son amour, elle a joué le rôle du souffre-douleur. Lorsqu'elle a quitté la maison familiale à l'âge de 16 ans, elle a retourné sa colère contre elle-même.

Aujourd'hui avec du recul, en regardant cette chaîne d'événements, Denise se rend compte que cela n'a pas de sens pour un enfant de supporter toutes ces pensées et ces émotions, de prendre le fardeau des comportements de son père. Elle remet à celui-ci la responsabilité d'avoir nui à son développement. Le fait de prendre conscience de tout ce processus amène chez elle un sentiment de libération. Elle ressent du courage et une volonté de poursuivre la thérapie pour changer les choses. Elle se sent plus adulte et rationnellement, elle n'a plus peur de lui.

ENTREVUE 6 : LA CONFRONTATION VIRTUELLE DU PÈRE

Une semaine plus tard

La seule façon pour un enfant de donner un sens aux attaques émotionnelles ou physiques, c'est d'accepter d'être responsable de la conduite

de ses parents. Or la compréhension cognitive, bien qu'aidante, n'est pas suffisante pour convaincre émotionnellement la personne, devenue adulte, qu'elle n'est pas responsable des comportements déficients que ses parents ont eus envers elle (Forward, 2004). Il faut remettre les responsabilités à leur place. Une confrontation s'impose.

Comme devoir précédant cette rencontre-ci, Denise devait rédiger une lettre à son père (sans la poster) en prenant contact avec son enfant intérieur. Voici ce que Denise rédige :

Ce que la petite veut dire à son père :

Papa, je suis là, j'existe !

Peux-tu me regarder, j'aurais des choses à te dire.

Peux-tu être gentil avec moi, me parler, me toucher, organiser des sorties, me reconnaître pour ta fille que je suis, une enfant importante.

Arrête de m'ignorer tu me fais peur avec ton regard, ta démarche, veux-tu t'occuper de moi à la place.

Tu me fais beaucoup, beaucoup de mal. Comme ça, je vais finir par te détester ! Je suis déçue d'avoir eu un père comme toi. Ça m'apporte de la frustration, de la colère, de la peine, de la solitude, de la culpabilité. Ça fait des sentiments qui me font mal dans toute ma vie.

Moi, j'ai besoin d'amour, d'être aimée et d'aimer.

Tu aurais dû prendre soin de moi mais tu ne l'as pas fait !

En lisant sa lettre à voix haute au thérapeute, Denise devient émotive. Un mélange de tristesse (en pensant à la petite fille qu'elle était) et de colère (dirigée vers son père) est présent.

La thérapeute propose alors à Denise de confronter son père à l'aide de la technique de la chaise vide. À cette fin, l'intervenante dispose deux chaises en face l'une de l'autre dans la salle de thérapie : une petite chaise de style « Ficher Price » et une autre chaise de bureau plus grande. La thérapeute demande à Denise de s'asseoir sur la plus petite des chaises et de prendre contact avec l'environnement autour d'elle dans ce nouvel angle. Interrogée sur son âge, Denise identifie qu'elle se sent régresser à l'âge de cinq ans, qu'elle se sent terrifiée et qu'elle a envie de fuir. La thérapeute se positionne en petit bonhomme derrière elle en plaçant une main sur son épaule pour la sécuriser. Elle lui demande alors de visualiser son père assis dans la grande chaise vide en face d'elle.

T – (Thérapeute) Comment est-il physiquement, de quoi a-t-il l'air lorsque vous avez cinq ans ?

C – (Cliente) J'arrive vraiment à le voir, y'é vraiment là, c'est capoté ! Il est grand et gros, il mesure 6 pieds 3, une grosse bedaine, y pèse au moins 280 livres, y'a les cheveux bruns, il porte une chemise. Il me regarde avec ses gros yeux. Mon grand-père avait la même, même shape.

T – Vous êtes ici en sécurité, je suis derrière vous. Que voudriez-vous lui dire ?

C'est l'occasion de lui parler, il est devant vous et vous avez toute son attention.

C – Que tu t'occupes pas de moi, ça me fait du tort, ça me fait mal, c'est décevant, ça m'écoeure. Occupe toi de moi ! (Denise prend une longue inspiration) Aie ! As-tu fini de faire ton pas fin !

Denise exprime sa rage, sa déception et sa tristesse. Elle se vide le cœur en s'adressant à son père virtuel. Elle lui parle des souvenirs qu'elle a gardés, de ce qu'il lui a fait et de comment elle se sent. Après cette discussion (qui dura environ 15 minutes), la thérapeute invite Denise à se relever doucement en s'étirant pour reprendre sa position d'adulte. Une fois debout, elle prend à nouveau contact avec l'environnement et constate comment elle est grande et comment elle occupe l'espace en position d'adulte. « Les choses sont donc bien belles, c'est fou ! »

La thérapeute réinstalle la salle en disposant deux chaises identiques de taille régulière l'une en face de l'autre. Elle invite Denise à prendre place sur une des chaises et dépose la petite chaise de style « Fisher Price » entre ses jambes. La symbolique ainsi dégagée est que maintenant elle se retrouve en tant qu'adulte en position d'égalité avec son père, tout en conservant avec elle la « petite Denise ». La première remarque de Denise fut « y'a l'air pas mal moins épouvantant ». Elle est invitée à décrire à nouveau son père en fonction de ce

nouvel angle : « il a des cheveux blancs et il est chauve, il est moins gros ». Denise entame un dialogue d'égal à égal avec son père. Elle lui exprime ses sentiments, lui explique combien elle aurait aimé avoir une « colle » de sa part lorsqu'elle était plus jeune, comment elle cherchait à se faire aimer par lui, elle lui parle des raisons pour lesquelles il était devenu son pire ennemi, de l'atmosphère terrifiante qu'il faisait régner à la maison, elle lui dit à quel point elle le détestait quand il buvait, elle lui remet la responsabilité d'avoir été un père déficient.

À la suite de ce dialogue, l'intervenante replace la salle de thérapie dans sa disposition habituelle et effectue un retour avec la cliente sur l'expérience de confrontation virtuelle. Denise dit se sentir plus forte que jamais. « J'ai l'impression que j'pourrais escalader les plus hautes montagnes. C'est comme si d'un coup j'avais pu peur de rien. » La thérapeute renforce la cliente du courage dont elle a fait preuve. Pour la première fois, Denise ne rougit pas face au compliment qu'elle reçoit. « Je rougis même pu ». Elle est maintenant en mesure d'accepter les qualités que d'autres personnes lui reflètent. Cette expérience essentielle dans le processus thérapeutique de la cliente lui a permis de non seulement se décharger d'un lourd fardeau qu'elle traînait depuis longtemps en remettant à son père les responsabilités qui lui revenaient mais également de reprendre une position d'adulte devant celui-ci en constatant qu'en réalité il est moins épouvantable que dans le souvenir qu'elle en conservait.

Par l'utilisation de la technique de la chaise vide, Denise sait au niveau émotif qu'elle n'a plus rien à craindre de son père. Selon Forward (2004), il n'est pas nécessaire de pardonner à ses parents pour que la personne se sente mieux dans sa peau en apportant des changements dans sa vie.

En accord avec Denise, les rendez-vous sont maintenant décalés aux deux semaines en raison de sa progression et pour lui laisser davantage de temps pour intégrer le travail effectué. Denise se met davantage dans un mode actif et affirme avoir besoin d'un délai plus long pour expérimenter ses nouvelles habiletés au niveau de l'affirmation de soi entre les séances.

ENTREVUE 7 : PROCESSUS RÉPÉTITIFS

Deux semaines plus tard

Lors de cette rencontre, Denise relate plusieurs situations où elle a eu de la difficulté à s'affirmer. Le tableau 6 illustre l'analyse d'une des situations, qui fut élaborée par Denise et retravaillée en thérapie, à l'aide du modèle ABC. La situation décrite par la cliente (demande de transport d'une mère pour son fils qui participe au groupe Alateen) s'est produite à plusieurs reprises. La cliente avait répondu oui la première fois pour rendre service à cette mère. Toutefois, la

SITUATION	DIALOGUE INTÉRIEUR	CONSÉQUENCES
Une mère lui téléphone pour lui demander un transport pour son adolescent qui participe au groupe Alateen (que la cliente anime) parce qu'elle travaille tard et que son chum n'est pas là.	Elle appelle à la dernière minute. C'est dérangement. C'est un détour pour moi. Je ne veux pas lui faire un transport toutes les semaines, je suis trop serrée dans mon temps. Je veux m'affirmer.	Accepte de dépanner deux fois. Malaise. Je me sens abusée. Prise de conscience. Je vais tout mettre en œuvre pour me respecter.

Figure 6. Analyse d'une situation à l'aide du modèle ABC.

semaine suivante, la mère renouvela sa demande auprès de Denise qui accepta de nouveau. Puis, la semaine suivante la mère en question refit sa demande. La cliente a l'impression que la mère a pris pour acquis qu'elle voyageait son fils à toutes les semaines, mais la cliente ne le veut pas et se sent incapable de mettre ses limites. C'est ce dernier épisode qui est relaté par la cliente. Denise souhaite mettre cette situation au clair et s'affirmer auprès de cette mère. La cliente a de la difficulté à dire non à la mère craignant qu'elle soit vraiment mal prise et qu'en mettant ses limites, elle prive l'adolescent d'assister au groupe.

Donc, encore une fois Denise se sacrifie, à la différence que cette fois-ci, elle en est consciente et souhaite modifier son comportement de soumission.

« En fait, je réalise que j'ai de la difficulté à m'occuper de moi pis que là je suis

en train de m'occuper d'une autre famille ». La thérapeute interroge Denise sur ce que lui fait vivre la situation de cette mère avec son adolescent. L'intervenante utilise la métaphore d'une corde de piano. L'instrument et l'ensemble de ses notes symbolisent toute la gamme des émotions. Lorsqu'une corde vibre à l'intérieur de nous, il y a souvent une résonance liée à une expérience antérieure que nous avons vécue, qui nous ramène à la même émotion qu'à l'origine avec une intensité qui peut varier. Par cette métaphore, Denise identifie que la corde qui vibre chez elle est la colère. Elle reconnaît qu'elle se voit à la place du jeune adolescent et qu'elle souhaite le sauver de son milieu familial où l'alcool est omniprésent tout comme c'était le cas chez elle dans sa famille d'origine. La cliente parle du terme « *répétition obsessionnelle* », qui l'a accrochée dans sa lecture du livre « Parents toxiques » (Forward, 2004, p.94) qu'elle a entamée. Denise réalise à quel point elle est influencée par ses schémas de bases et tous les événements extérieurs qui la ramènent à celui-ci. Elle réalise, pour la première fois, ce qui l'a amenée à vouloir animer un groupe pour adolescent ayant des parents alcooliques. Elle souhaitait ardemment, et ce de façon inconsciente, sauver ces jeunes afin qu'il ne vivent pas son enfance et son cheminement de vie. Ce groupe est pour Denise une façon de l'amener à briser le processus de répétition.

Pourtant, elle réalise avec l'aide du thérapeute, qu'elle continue encore aujourd'hui de reproduire le même modèle familial dans son propre foyer en

choisissant des hommes ayant différentes problématiques de dépendance (alcoolisme, toxicomanie, violence conjugale, joueur compulsif, etc.) comme partenaires. Elle maintient le cycle des répétitions par sa dynamique de co-dépendance et d'assujettissement, croyant fermement pouvoir changer son partenaire (ayant échoué toute petite avec son père) pour le ramener dans le droit chemin. Elle joue le même rôle que sa mère jouait et cette fois, c'est son fils Alexandre qui en est témoin et qui tente de prendre soin de sa mère. Celui-ci grandit dans les mêmes modèles que sa mère tentait de fuir. Denise réalise l'impact transgénérationnel de ses comportements : elle est soumise comme sa mère, les conjoints qu'elle choisit ont des comportements de dépendance et d'agressivité comme son père et son fils est témoin des mauvais traitements qu'elle subit de ses conjoints comme elle l'était elle-même de sa mère. De plus, son fils joue, lui aussi, le rôle de l'enfant invisible de par son père biologique qui l'ignore. Devant ces constatations, Denise prend la ferme position de se reprendre en main et de briser ce cercle vicieux.

Une des découvertes les plus importantes du paradigme psychanalytique veut que nous revivions sans cesse nos traumatismes de l'enfance. Un enfant de parents alcooliques aura tendance à épouser un individu alcoolique. La personne victime d'abus dans l'enfance risque d'épouser un partenaire violent ou d'abuser à son tour de ses propres enfants. Les exemples illustrant des compulsions de répétition sont nombreux. En vieillissant, la personne parvient à

recréer des circonstances très similaires à celles qui contribuaient, dans son enfance, à sa détresse. La notion de schéma fait référence à l'ensemble des moyens mis en œuvre dans la reproduction du scénario initial (Young & Klosko, 2003). Si le cycle de répétitions ne se brise pas avec la cliente, il est fort possible que son fils prenne la relève dans la transmission de génération en génération de cet héritage de détresse, qui provient d'ailleurs d'une ou de plusieurs générations précédant la cliente.

Acceptation de la réalité

Denise réalise un deuxième atome social durant la rencontre. À l'intérieur de la figure 7, les noms en caractères gras représentent les gens dont le lien qualitatif de la relation a changé. Denise, qui lors de la confection du premier atome social souhaitait qu'il y ait davantage de vert, se retrouve avec un atome presque entièrement composé de relations insatisfaisantes. Sa mère qu'elle considérait comme très proche d'elle est maintenant qualifiée d'un lien d'ambivalence. Denise explique qu'elle réalise que sa mère aurait dû la protéger lorsqu'elle était plus jeune et que ce n'était pas à elle de tenter de sortir sa mère du foyer familial. C'est un progrès considérable dans la thérapie étant donné que la cliente louangeait sa mère jusqu'à aujourd'hui. Elle reconnaît que celle-ci adoptait une position de victime et qu'elle était elle-même en train de reproduire le même comportement. Denise n'éprouve plus d'ambivalence pour ses grands-

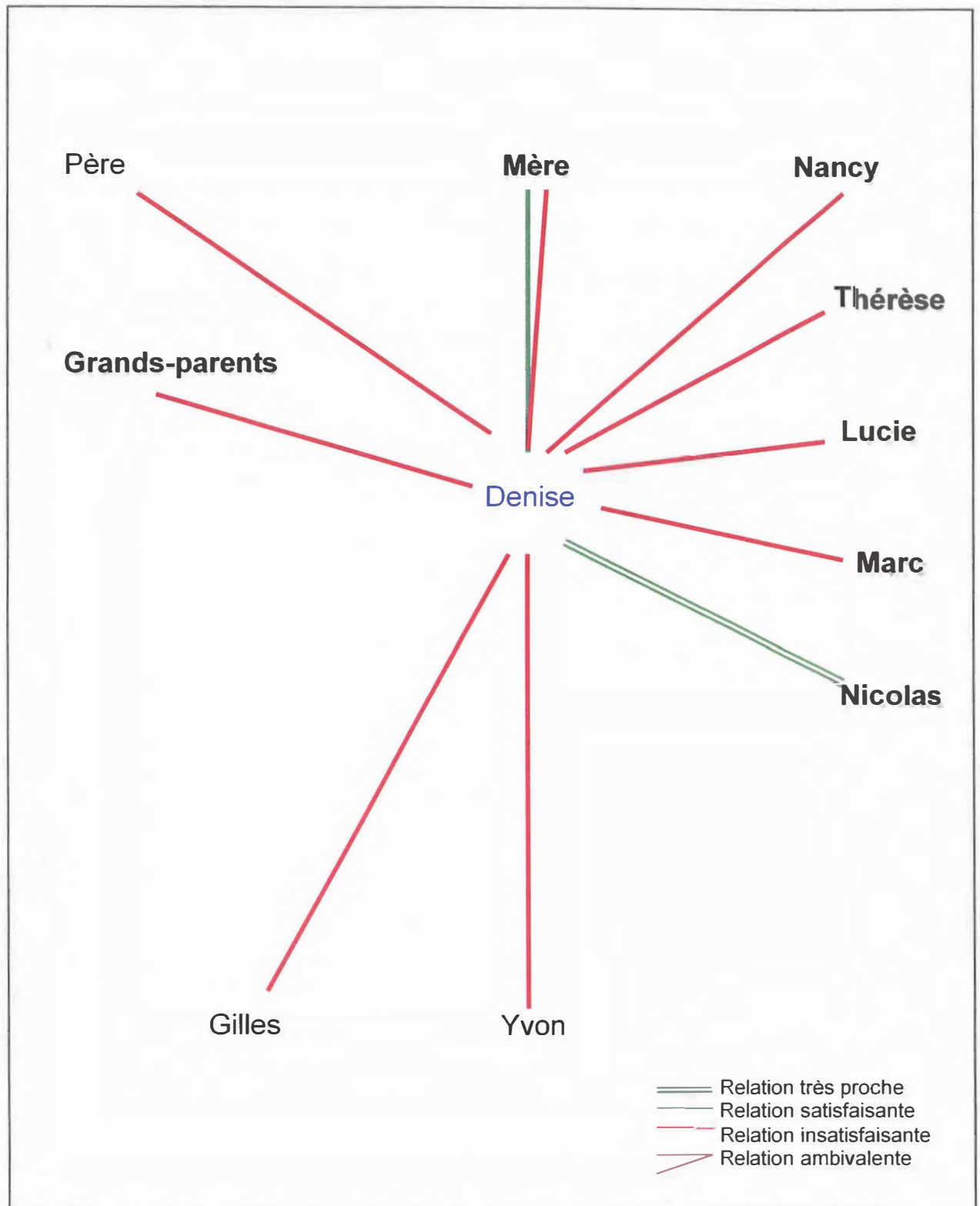


Figure 7. Atome social avec sa famille (2^e atome).

parents et reconnaît que sa relation avec eux a toujours été teintée d'insatisfaction et de violence. Elle prend vraiment conscience de la dynamique du système familial et ne tente plus d'embellir la réalité. Elle est prête à y faire face. Les liens avec ses soeurs sont tous devenus rouges, la cliente se rendant compte comment elles abusent d'elle par les nombreuses demandes qu'elles lui font, ne serait-ce que pour garder leurs enfants, sans lui rendre la pareille. Seule sa relation avec son frère Nicolas semble s'améliorer, ils se sont beaucoup rapprochés depuis le dernier atome social. Denise ressent de la colère en regardant ce nouvel atome. « Je me suis laissée piler sur les pieds durant toutes ces années sans même m'en rendre compte ! »

ENTREVUE 8 : LA CULPABILITÉ

Deux semaines plus tard

Au début de l'entrevue, Denise verbalise sur les effets secondaires de son traitement consistant principalement en une importante fatigue nuisant à ses activités de la vie quotidienne de façon intermittente. Elle doit souvent faire des siestes dans sa journée afin d'avoir suffisamment d'énergie pour passer au travers de celle-ci. Denise en est à la moitié de son traitement (soit la douzième

semaine) qui s'échelonne sur 24 semaines. Elle mentionne toutefois qu'aujourd'hui elle ne ressent aucun effet nuisible en lien avec son traitement.

Le rapport à la mère

La cliente mentionne avoir beaucoup réfléchi sur sa relation avec sa mère. Elle dit en avoir même rêvé la nuit dernière :

Dans mon rêve, il y avait mon père qui était assis, ma mère qui était debout et elle venait me dicter comment être. Je me souviens qu'à ce moment, je me suis levée debout et pis, je l'ai confrontée. Pis là j'ai dit : « Aie là, c'est assez ! » Pis quand j'ai dit c'est assez, elle a reculé de quasiment un pied en arrière. Pis là, je sais que j'ai eu la paix après. Quand je me suis levée ce matin, j'étais en furie, mais c'était, j'étais toute énervée dans le sens que je n'en revenais pas.

En échangeant avec la thérapeute, Denise mentionne qu'elle se sentait contrôlée et envahie par sa mère avant de se lever dans son rêve. Elle mentionne que lorsqu'elle s'est affirmée en lui disant « c'est assez », elle ne ressentait plus aucune peur, elle se disait en accord avec elle-même et pour la première fois, elle n'en ressentait aucune culpabilité.

Elle a eu une conversation téléphonique avec sa mère, qui l'aide financièrement pour payer son traitement médical, et suite au questionnement de celle-ci sur son budget, la cliente s'est sentie à nouveau contrôlée. Denise s'est dit, en elle-même, qu'aujourd'hui elle était une adulte et que malgré le fait que sa mère contribuait financièrement à son traitement, elle n'a aucun droit de

s'immiscer dans sa vie. La cliente dit prendre conscience que l'émotion dominante enfouie envers sa mère, en regardant dans son passé, est de la colère, tandis que son père lui faisait vivre de la peur. « La colère envers ma mère parce qu'elle a tout vu ça », ce qui se déroulait dans la famille. Denise a également pris le temps de rédiger une lettre fictive à sa mère que voici :

La petite veut dire à sa mère :

Pourquoi tu nous a fais ça ?

Tu n'avais pas le droit de nous laisser dans cette maison où régnait la peur !

Tu n'as pas su demander de l'aide où aller en chercher.

Je suis en colère et j'ai le droit.

Petite maman, je n'aime pas être ici, j'ai besoin d'un autre milieu.

Veux-tu faire en sorte qu'on parte, qu'on change tout ça, j'ai besoin d'autre chose. Je ne suis pas bien, j'ai peur, ça fait mal en dedans.

Aide nous ! Arrête de te sauver !

J'attends de toi que tu avoues tes torts. J'aimerais entendre « je suis désolée » venant de toi, maman.

La réaction de Denise en lisant sa lettre à voix haute fut immédiate : « J'aurais dû faire cet exercice y'a ben longtemps, j'ai l'impression d'avoir enlevé une immense charge de mes épaules. Je suis tellement plus légère. Comment ça se fait que j'ai tais ça pendant tout ce temps ? » La culpabilité que ressentait la cliente lorsqu'elle tentait de s'affirmer semble s'être de beaucoup amoindrie. Elle remet peu à peu les responsabilités qu'elle s'était attribuée à la place de sa mère, se dégageant ainsi d'un lourd fardeau. Son estime de soi augmente

graduellement par la valeur qu'elle se reconnaît. S'estimant davantage comme être humain, elle ressent moins de culpabilité à faire valoir son point de vue et ses sentiments. Elle se respecte et se fait respecter des autres. Toutefois, elle redoute une éventuelle confrontation, à ce sujet, avec sa mère.

Mise en application de l'affirmation de soi

La cliente revient sur la situation discutée lors de la dernière séance. Elle a réussi à téléphoner à la mère de l'adolescent faisant partie de son groupe Alateen pour mettre ses limites concernant le voyage pour les rencontres. Lors du « meeting » suivant, l'adolescent en question s'est présenté accompagné de son père. L'adolescent n'avait rien mangé de la journée. Le père s'adressa à la cliente pour lui demander si elle pouvait reconduire son fils à la fin de la session. La cliente ne se sentait pas en accord avec sa proposition et a réussi à dire au père du jeune qu'elle comprenait leur situation mais qu'elle ne pouvait pas lui faire son « lift » de retour. Elle lui proposa comme alternative de se concerter avec d'autres parents des jeunes du mouvement pour faire du covoiturage. La cliente est fière d'avoir mis ses limites avec la mère et de les avoir maintenues malgré la demande du père. Denise continue de progresser dans l'atteinte de ses objectifs thérapeutiques.

ENTREVUE 9 : PSYCHOSE TOXIQUE

Huit jours plus tard

Denise se présente de façon ponctuelle (sans rendez-vous) au CLSC croyant avoir une séance de thérapie. La thérapeute va la rejoindre dans la salle d'attente pour lui dire qu'elle s'est trompée de date et de semaine. Denise semble en détresse et très confuse. Son apparence est négligée (cheveux en bataille, ne porte pas de soutien-gorge, semble avoir omis de se laver, ne porte aucun maquillage, etc.), contrairement à son habitude où elle est soignée. Devant son état, l'intervenante lui propose de la rencontrer quand même.

Désorganisation psychotique

Lors de l'entrevue, Denise parle, en sautant du coq à l'âne, qu'elle a repris sa liaison avec Robert en mettant clairement ses limites. Elle mentionne qu'il l'aide beaucoup au quotidien à composer avec les effets secondaires de son traitement. Il prend également soin de son fils, Alexandre, à qui la cliente a de la difficulté à accorder de l'attention à cause de sa condition physique. Il aide aussi, celui-ci, avec ses devoirs et leçons. La cliente mentionne avoir l'impression qu'elle a perdu ses cheveux et qu'ils ont repoussés « tout seul ». Elle ignore la date d'aujourd'hui ainsi que la journée de la semaine. Elle dit

avoir dormi seulement 16 heures durant toute la semaine et qu'elle a perdu l'appétit. Après investigation, il s'avère que la cliente a bien mangé samedi ; aujourd'hui mardi, elle aurait mangé un demi œuf, un toast, une pomme et bu un jus d'orange. Elle assure qu'elle n'a pas consommé d'alcool ni de drogue. Denise dit avoir oublié deux doses de médicament (Ribavirine) récemment mais ne se souvient pas de la journée.

Denise mentionne qu'elle voit des choses partout depuis environ 48 heures et que plusieurs choses étranges se seraient produites depuis quelques jours. Durant la semaine, Denise a assisté à un partage aux rencontres Al-Anon, auxquelles elle participe régulièrement, ce qui lui a fait vivre plusieurs émotions. Une femme aurait fait un partage sur sa vie, racontant qu'elle maltraitait son mari et son fils et que les deux s'étaient suicidés. La cliente mentionne qu'elle sentait la douleur de cette femme et que ça lui faisait très mal, qu'elle a vécu des émotions intenses. Depuis ce partage, elle a l'impression que le fils décédé par suicide la suit partout. La cliente raconte avoir rencontré un médium au courant de la semaine. Celui-ci lui aurait dit qu'elle était une sorte d'ange. Depuis ce temps, elle se serait mise à faire pleins de liens dans sa tête qu'elle interprète comme des « signes ». Denise s'est mise ensuite à acheter pleins de livres sur les anges. Elle dit que dans les livres, elle reconnaît le visage de ses proches. Elle mentionne aussi qu'une fois, lorsqu'elle était seule dans son véhicule, elle a entendu l'ex mari décédé d'une de ses amies proches

lui parler et lui dire qu'il avait besoin d'amour. Par la suite, elle raconte un épisode où en conduisant également son automobile, elle a vu dans le ciel, le soleil se transformer en une sorte de cellule bleue et que deux planètes ont émergé de cette cellule, une à côté de l'autre. À ce moment, elle a entendu un son de trompette sortir du ciel et elle aurait vu alors une éclipse de lune. Denise relate qu'elle représente la terre qui a besoin des deux signes de chaque planète pour lui donner de l'énergie cosmique nécessaire pour sauver la planète (la terre). Elle aurait une mission à accomplir comme ange. Elle exprime qu'elle s'est également mise à faire de l'écriture automatique guidée par des esprits. Dans la salle de thérapie, devant la thérapeute, Denise dit qu'elle voit des planètes sortir des murs de la pièce et elles se dédoublent. Elle les pointe avec son doigt pour indiquer au thérapeute leur localisation. Les planètes semblent bouger dans la pièce. Elle fait le lien avec un calendrier accroché sur un mur du bureau avec des images du système solaire, que c'est un signe qu'elle devait se retrouver ici à ce moment. Elle raconte aussi qu'en s'en venant au CLSC elle a vu une automobile de police peinte en rouge.

Investigation clinique

La thérapeute est très surprise de la désorientation, des idées délirantes et des hallucinations de la cliente. Lors de la dernière consultation, il y a de cela sept jours, la cliente ne présentait aucun symptôme pouvant laisser présager

une détérioration de son état. Avec l'intervention du thérapeute, Denise est en mesure de mettre en doute ses croyances d'ordre mystique. Elle est facilement « ramenable » dans la réalité en la recentrant dans « l'ici et maintenant ». Toutefois, elle a tendance à faire des liens et à repartir dans ses idées délirantes. L'intervenante fait l'investigation du potentiel de dangerosité de la cliente sachant qu'elle a un jeune enfant à la maison : absence d'idée paranoïde, d'idée suicidaire, d'idée hétéro agressive et d'automutilation, pas d'idée homicide non plus. Donc, la cliente ne semble pas présenter de danger pour elle-même ou pour autrui dans l'immédiat.

Apparence négligée ; modification du sommeil et de l'appétit ; confusion ; difficulté d'attention et de concentration ; sensation de chaleur et de frisson ; impression d'avoir des noeuds dans le dos ; désorganisation spatio-temporelle ; hallucinations visuelles et auditives ainsi que la présence d'un délire mystique. Ces symptômes sont en discontinuité avec les comportements et les progrès réalisés par Denise depuis le début du suivi. L'intervention d'une substance externe est soupçonnée mais la cliente affirme n'avoir consommé ni alcool ni drogue. La thérapeute lui demande alors de téléphoner, devant elle, à son infirmière en gastroentérologie qui la suit pour son traitement de l'hépatite C afin de vérifier les effets secondaires engendrés par la prise de Rebetrone. La thérapeute s'interroge sur la possibilité d'une psychose toxique liée à son traitement. Au téléphone, Denise a de la difficulté à rassembler ses idées pour

expliquer à son infirmière sa situation. Avec l'autorisation de la cliente, la thérapeute explique la situation présente à l'infirmière, devant Denise, en évoquant la possibilité que son traitement puisse engendrer ces symptômes. L'infirmière explique que la cliente a déjà complété 12 semaines de traitements et que les analyses révèlent qu'elle y répond bien. La cliente aurait rencontré brièvement son médecin gastroentérologue, hier matin, et tout semblait bien aller, aucun signe particulier d'une désorganisation de son état mental. Elle mentionne que habituellement, les patients développent des symptômes davantage de l'ordre de la dépression et qu'il arrive à l'occasion que le traitement doive être interrompu en raison d'idéations suicidaires omniprésentes et d'une dépression majeure. Elle indique aussi la possibilité que le traitement puisse engendrer temporairement des hallucinations bien qu'elle n'ait jamais vu de cas semblables.

Organisation de services

L'hospitalisation de la cliente n'apparaît pas nécessaire. L'entente suivante est donc prise avec l'accord de la cliente : la thérapeute s'engage à effectuer un suivi téléphonique (par elle-même ou par un autre intervenant du CLSC) pour s'assurer de la sécurité de la cliente ; de plus, les rencontres de thérapie sont ramenées à l'intervalle d'une semaine jusqu'à ce que la cliente aille mieux. De son côté, l'infirmière rencontrera la cliente demain matin à

l'hôpital pour des prises de sang et discuter de la situation avec le médecin gastroentérologue. Il est également convenu, si possible, de tenter de faire voir la cliente par un médecin du CLSC pour obtenir une médication afin qu'elle puisse dormir. Une référence par la thérapeute au service « urgence détresse » du CLSC est également faite, indiquant la situation de la cliente et l'intervention souhaitée si la cliente utilise le service. Ce service, 24 heures, fonctionne à partir de la ligne téléphonique « Info-Santé » qui transfère la personne à un intervenant social qui peut se déplacer à domicile si nécessaire. La cliente semble être rassurée par le cadre d'intervention mis en place.

Devant la cliente, la thérapeute demande un rendez-vous d'urgence avec son médecin (omnipraticien) du CLSC qui la suit à la clinique des maladies transmises sexuellement; ce qui est obtenu dans un court délai. La thérapeute accompagne Denise au bureau de son médecin qui diagnostique un « état psychotique aigu causé par son insomnie, facilement mobilisable ». Pour le moment aucune médication n'est prescrite pour l'aider à dormir en raison de l'interaction possible avec le Rebetron. Le médecin préfère s'informer davantage avant de prescrire. Une entente est prise avec le médecin qui relancera la cliente par téléphone, les jours où la thérapeute est absente, afin d'assurer le suivi de son état.

Toute cette organisation de service se veut une mise à contribution du système de soins dans une optique holistique. Cette action est aussi une mesure de protection de la cliente afin d'éviter une détérioration plus sévère ou plus prolongé de son état. Contrairement aux comportements de sa mère qui ne l'avait pas protégée dans son enfance, la cliente fait l'expérience d'une prise en charge adéquate venant d'une figure significative, sa thérapeute, qui prend au sérieux ses demandes d'aide. La symbolique de ce geste est aussi une action réparatrice de la confiance envers une figure de soutien.

Cette rencontre dure en tout deux heures. À partir de cette entrevue, la thérapeute se met à faire des recherches plus approfondie sur le virus de l'hépatite C (VHC), le traitement Rebetron et ses effets secondaires. À ce titre, le chapitre trois fournit plus en détails les découvertes faites à ce sujet. Le lendemain, la thérapeute relance par téléphone la cliente pour prendre des nouvelles de son état. Denise dit être beaucoup mieux, avoir dormi la nuit dernière et bien mangé aujourd'hui. Les hallucinations et le délire mystique se sont résorbés. Durant les deux jours qui suivent, son médecin du CLSC poursuit les relances téléphoniques et indique, dans ses notes au dossiers : « une amélioration de son état, elle dort davantage, absence d'autre épisode psychotique ». Une médication lui est alors prescrite au cas où d'autres problèmes de sommeil surviendraient : Désyrel 50 mg et Imovane 5 mg à prendre au besoin. Il semble donc que l'épisode psychotique vécu par la cliente

se soit résorbé dans une période de moins de cinq jours (il est difficile d'estimer la durée exacte de l'épisode étant donné la confusion présentée par la cliente).

Évaluation de l'épisode

Les recherches bibliographiques sur le traitement du VHC par Rebetron confirment l'intuition première de la thérapeute à l'effet que la cliente a fait un trouble psychotique induit par une substance (F1x.5), Rebetron avec hallucinations (F19.52) et idées délirantes (F19.51), ayant débuté pendant l'intoxication. Les critères diagnostiques correspondants à ce trouble sont les suivants :

- A. Hallucinations ou idées délirantes au premier plan. **N.-B.** : ne pas tenir compte d'hallucinations dont le sujet est conscient qu'elles sont induites par une substance.
- B. Mise en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires, soit de (1), soit de (2) :
 - (1) les symptômes du Critère A sont apparus pendant une Intoxication ou un Sevrage à une substance, ou dans le mois qui a suivi
 - (2) la prise d'un médicament est liée étiologiquement à l'affection
- C. L'affection n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique non induit par une substance. Les manifestations suivantes peuvent permettre de mettre en évidence que les symptômes sont attribuables à un Trouble psychotique non induit par une substance : les symptômes précèdent le début de la prise de substance (ou de la prise de médicament) ; les symptômes persistent pendant une période de temps conséquente (c.-à-d. environ un mois) après la fin d'un sevrage aigu ou d'une intoxication sévère, ou dépassent largement ce à quoi on aurait pu s'attendre étant donné le type de substance, la quantité prise ou la durée d'utilisation ; ou d'autres éléments probants suggèrent l'existence indépendante d'un

Trouble psychotique non induit par une substance (p. ex., des antécédents d'épisodes récurrents non liés à une substance).

D. L'affection ne survient pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un delirium. (DSM-IV-TR, 2003, p. 396-397)

L'épisode qu'a vécu Denise correspond à cette nomenclature. Dans son histoire personnelle, il n'y a aucun antécédent psychiatrique, bien qu'au niveau familial, elle ait une sœur atteinte d'un trouble bipolaire. L'épisode psychotique est circonscrit dans une période de temps très limitée correspondant, selon son infirmière en gastroentérologie, à une phase active de son traitement en fonction du génotype 3A touché par le VHC. De plus, selon l'étude (détaillée au chapitre trois) de Hosoda, Takimura, Shibayama, Kanamura, Ikeda et Kumada (2000), lorsqu'un épisode psychotique survient durant le traitement, celui-ci débute habituellement après la onzième semaine de prise de Rebetrone et est précédé par une période d'insomnie.

Aucune médication de type neuroleptique n'a été nécessaire. Il est probable que l'intervention rapidement mise en place ait contribué à résorber l'épisode psychotique et à en atténuer les effets psychologiques sur la cliente. La thérapeute continue de croire à une psychose toxique mais garde à l'esprit l'accumulation d'événements stressants (partage à la rencontre Al-Anon, visite d'un médium, etc.) en peu de temps qui l'a ramenée à des zones de souffrances (par exemple son avortement) non résolues. Toutefois, ces événements n'ont

sans doute pas causé cette désorganisation. Ils l'ont accompagnée et ont peut-être contribué à donner une saveur aux éléments délirants.

ENTREVUE 10 : RÉAPPROPRIATION DU DÉLIRE

Une semaine plus tard

La cliente dit aller mieux et être « redescendue sur terre », avoir dormi 11 heures la nuit dernière. Elle n'a pas utilisé la médication prescrite par son médecin pour dormir. Elle mentionne avoir perdu 17 livres depuis le début de son traitement mais avoir retrouvé l'appétit. Elle prend des Tylenols aux quatre heures pour des douleurs musculaires engendrées par son traitement. Elle mentionne avoir, entre autre, des douleurs aux genoux dès qu'elle monte un escalier ou qu'elle fait le moindre effort physique. La cliente a discuté avec son infirmière qui lui aurait dit que ces effets secondaires (incluant les hallucinations) étaient normaux, que chaque personne composait différemment avec le stress et les effets engendrés par le traitement. La cliente se dit rassurée de comprendre ce qui se passe, et d'être consciente de la lourdeur du traitement qu'elle a entrepris. En conséquence, elle décide de prendre davantage soin d'elle-même, elle abandonne l'animation du groupe « Alateen », elle fait des démarches pour obtenir de l'aide domestique à domicile, etc. « J'ai assez de

moi à m'occuper ». Elle reconnaît maintenant ses limites et les applique. La cliente s'informe pour avoir une femme de ménage mais le tarif est de quatorze dollars de l'heure et la cliente est très serrée monétairement avec son fils à charge sans pension alimentaire. La cliente se pose plusieurs questions au niveau sanitaire craignant de pouvoir contaminer son fils. Elle prends soin de laver ses serviettes, la cuve de toilette (lorsqu'elle a ses règles), cache ses rasoirs, sa brosse à dents, etc. Elle se demande également quelle aide le CLSC est en mesure de lui fournir et s'il existe une aide gouvernementale pour les patients atteints du VHC. La thérapeute réfère la cliente vers son infirmière pour répondre adéquatement à ses interrogations de type médical et fera des démarches pour tenter de mettre en place des services afin de pouvoir la soutenir pour le reste de son traitement. De plus, la thérapeute lui rappelle qu'un espace en début de chaque rencontre lui est réservé afin qu'elle puisse ventiler sur les effets secondaires de son traitement au quotidien, si elle le désire. Par les choix que Denise effectue, elle reconnaît ses limites et les respecte. L'aide fournie dans la mise en place de services veut lui apporter une aide nécessaire mais veut encore lui faire vivre l'expérience d'un soutien adéquat qu'elle n'a pas eu souvent l'occasion d'expérimenter dans sa famille d'origine.

Retour sur l'épisode psychotique

Denise revient sur son épisode psychotique et en parle avec humour. Elle raconte que durant cette période, elle est allée « déjeuner au restaurant avec mon chum pis mon fils, et lorsque la serveuse est venue prendre la commande, j'ai demandé un soleil pour manger. La serveuse a dit qu'ils ne servaient pas de soleil au menu (la cliente rie) ». Le thérapeute interroge la cliente sur ses souvenirs de cet épisode. Elle a conscience d'être venue au CLSC rencontrer la thérapeute, se rappelle en gros de son délire mais ignorait que la séance avait duré deux heures. L'intervenante rafraîchit la mémoire de la cliente en rappelant les principaux points évoqués lors de la rencontre. Denise dit qu'elle s'est présentée au CLSC croyant réellement avoir un rendez-vous pour sa thérapie même si jamais auparavant les rencontres n'avaient eu lieu à cette journée de la semaine (le mardi et les séances avaient toujours lieu le lundi), elle suggère qu'elle ait pu faire un acte manqué recherchant un lieu de sécurité et de confiance étant en état de détresse.

La cliente se souvient de la majorité des faits rapportés par la thérapeute qui se sont déroulés lors de la dernière séance, de son délire, de ses hallucinations, mais elle a un blanc de mémoire concernant les hallucinations qu'elle a manifestées devant l'intervenante (les planètes qu'elle voit bouger dans la salle de thérapie). La cliente explique au thérapeute qu'elle la percevait

différemment, comme si elle sortait d'un autre monde, sa vision était floue. L'intention de la thérapeute en effectuant un retour sur cet événement est de permettre à la cliente de normaliser cet épisode psychotique afin d'éviter que son image d'elle-même n'en soit atteinte et de l'aider à faire du « sens » de son expérience. De plus, par ce retour, une clarification des causes médicales et de la possibilité d'une rechute en psychose ont pu être discutées dans un volet préventif et psychoéducatif.

Signification du délire

Denise effectue un retour sur le partage au groupe « Al-Anon » qui lui avait fait vivre des émotions intenses. Elle raconte que lorsque la mère parlait du suicide de son mari et de son enfant, elle avait fait le lien (en parlant de la corde de piano précédemment mentionnée) avec son avortement à l'âge de 16 ans qu'elle considérait comme un meurtre. À tête reposée, elle est capable de remettre en contexte sa décision de l'époque et de faire la paix avec elle-même. Dans le travail d'appropriation de son délire, un chiffre ressort à plusieurs reprises : 16 ans, ce qui correspond à l'âge du suicide de l'adolescent rapporté lors du partage au groupe Al-Anon, mais aussi à l'âge de la cliente lorsqu'elle a quitté le domicile familial ; lorsqu'elle s'est faite avorter et qu'elle a eu de nombreuses idées suicidaires sans faire de passage à l'acte; et à l'âge où elle a commencé à se faire battre par un conjoint. Tout cet ensemble d'événements

semble avoir refait surface par l'écoute du partage comme une boule d'intenses émotions. Denise affirme se sentir plus calme et pouvoir porter un regard plus détaché sur ces événements.

La cliente dit ne pas avoir regardé à nouveau ses livres sur les anges et les avoir rangés dans un sac. Concernant sa mission comme ange impliquant qu'elle devait donner de l'énergie aux autres et sauver la planète, Denise explique, avec du recul, sa compréhension de son délire. « Moi, j'ai toujours voulu aider, sauver les autres. J'étais pressée de sauver la planète mais que c'est moi qu'il faut que je sauve ! C'est moi, il faut que j'apprenne à prendre soin de moi. C'est que j'ai compris ». Elle apprend pour la première fois à se faire des plaisirs, à écouter son corps et ses émotions. La cliente est consciente qu'un épisode psychotique peut se reproduire à nouveau en raison de son traitement mais, elle est rassurée de savoir qu'un côté positif en est ressorti. Elle se souvient qu'elle était bien durant son épisode, il n'était pas une source de souffrance mais d'inquiétude devant cet événement nouveau. Elle réalise maintenant que la dose de médicament qu'elle prend est très forte et entraîne plusieurs effets avec lesquels elle doit composer. Elle est en mesure de reconnaître les signes précurseurs d'un épisode (insomnie, tendance spirituelle accrue, diminution de l'appétit, tendance à négliger son hygiène personnelle, etc.) et de venir chercher l'aide dont elle a besoin si la situation se reproduisait.

La cliente fait un parallèle entre l'épisode psychotique qu'elle vient de vivre et lorsqu'elle a fait hospitaliser sa sœur (il y a une quinzaine d'années). Nancy (atteinte d'un trouble bipolaire actuellement stabilisé par la prise de lithium) était en état de manie. La thérapeute prend le temps de bien répondre aux questions de la cliente à ce sujet en expliquant les différences, au niveau biologique et psychologique, entre une psychose toxique et un trouble bipolaire. La cliente fait le lien avec le monde imaginaire qu'elle se créait lorsqu'elle était enfant et qu'elle souhaitait temporairement s'échapper de la réalité de la maison familiale. Suite à ce qu'elle vient de vivre, Denise prend l'initiative de téléphoner à sa sœur. Elle entreprend de discuter avec celle-ci de ce qu'elle a sur le cœur, des comportements que celle-ci adoptait et qu'elle trouve toujours dérangeants sans craindre, pour une fois, de fragiliser sa sœur. Denise dit avoir été très surprise de la réaction de sa sœur qui a très bien pris les remarques de la cliente et qui a même effectué des changements dans sa vie en ce sens. La cliente dit avoir l'impression de s'être débarrassée d'un gros poids qu'elle traînait depuis longtemps. Elle conscientise qu'elle tentait de protéger sa sœur et que celle-ci était capable d'en assumer plus qu'elle l'en croyait capable.

La cliente a également téléphoné à sa mère pour lui parler franchement de la sévérité de son traitement et des conséquences possibles si celui-ci échoue. Elle avait omis volontairement de lui parler du côté plus négatif de sa maladie (pouvant être mortelle) et de son traitement pour la ménager. Sa mère

va venir à Québec pour quelques jours afin de l'aider au quotidien. Denise redoute toujours une confrontation avec sa mère mais ouvre la porte tranquillement. Denise réalise qu'un point sensible a été touché, à l'entrevue précédant sa psychose, en parlant de sa relation avec sa mère. Elle a encore tendance à vouloir la protéger. La cliente envisage de partager, de façon progressive, ce qu'elle a réalisé en thérapie sur leur relation. Elle mentionne avoir moins peur qu'à la dernière rencontre de thérapie (entrevue 8) et être prête à une confrontation en douceur. Elle souhaite que sa mère connaisse le fond de sa pensée, qu'il n'y ait « pu de cachotteries » de peur de l'ébranler. Denise réalise qu'elle commence à s'affirmer auprès de sa famille. Elle prend également conscience, avec l'aide de la thérapeute, des progrès qu'elle effectue.

ENTREVUE 11 : CHANGEMENTS SYSTÉMIQUES

Une semaine plus tard

La thérapeute donne suite aux demandes d'aide que Denise a formulées quant aux services qu'elle pourrait obtenir du CLSC. Un bordereau de référence est émis à la cliente, lui donnant droit à une exonération financière pour des services d'aide domestique. La cliente pourra donc bénéficier d'une aide à

domicile pour le ménage, la cuisine, etc. à moindre frais, jusqu'à la fin de son traitement médical. Un renouvellement de l'entente est possible par la suite selon l'évaluation des besoins par l'intervenante. Toutefois, elle n'est pas admissible à l'aide gouvernementale pour les patients atteints d'hépatite C car elle n'a pas contracté ce virus par des transfusions sanguines. Denise apporte de la documentation sur le traitement Rebetrone à son intervenante pour bien lui expliquer les différents enjeux liés à la prise de cette médication. La cliente se dit beaucoup mieux au niveau des effets secondaires de son traitement et la thérapeute continue de la soutenir et de l'encourager. À la demande de la cliente, les rendez-vous sont espacés aux trois semaines avec la possibilité de rencontres ponctuelles si des symptômes de détresse émergent en lien avec son traitement.

Conscientisation du changement

Sa mère lui a rendu visite durant la semaine. Elles ont eu de bonnes discussions durant les jours qu'elles ont passés ensemble. La cliente s'en dit satisfaite et suffisamment outillée pour poursuivre la démarche avec sa mère par elle-même. Denise parle de comment elle s'est entièrement reconnue dans la lecture du livre « Parents toxiques » (Forward, 2004), qu'elle sait maintenant le chemin qu'il lui reste à parcourir auprès de sa mère, pour lui retourner les responsabilités qu'elle a prises sur son dos. La cliente mentionne qu'elle se sent

plus habile pour assumer son autorité parentale auprès de son fils Alexandre. Elle parvient davantage à mettre ses limites et à les maintenir. Elle mentionne qu'elle se sent moins coupable lorsque son fils boude quand elle applique ses limites.

Un nouvel atome social est réalisé durant cette séance. En regardant la figure 8, la cliente réalise « c'est moi, je change, je dis mes affaires, ben c'est là que les lignes changent ». La thérapeute utilise l'image du Damier (sur l'image on voit un personnage qui joue aux Dames, voir Appendice E) qui « représente le pouvoir que nous avons sur notre propre vie et non sur celle des autres » pour renforcer la prise de conscience de la cliente. Elle qualifie sa relation avec sa sœur Nancy comme satisfaisante depuis qu'elles ont fait une mise au point. Sa sœur Nancy aurait également entamé une démarche de changement. L'intervenante lui reflète que « la famille, c'est un système, si on bouge un élément tout va bouger autour. » Elle considère à nouveau sa mère comme étant très proche d'elle. « Lorsque vous faites redescendre vos parents toxiques sur terre, lorsque vous trouvez le courage de porter sur eux un regard réaliste, vous devenez capable de rééquilibrer vos relations mutuelles » (Forward, 2004, p.43). Elle qualifie pour la première fois la relation avec son père et ses grands-parents comme satisfaisante. La cliente explique que le fait qu'elle ait réglé les

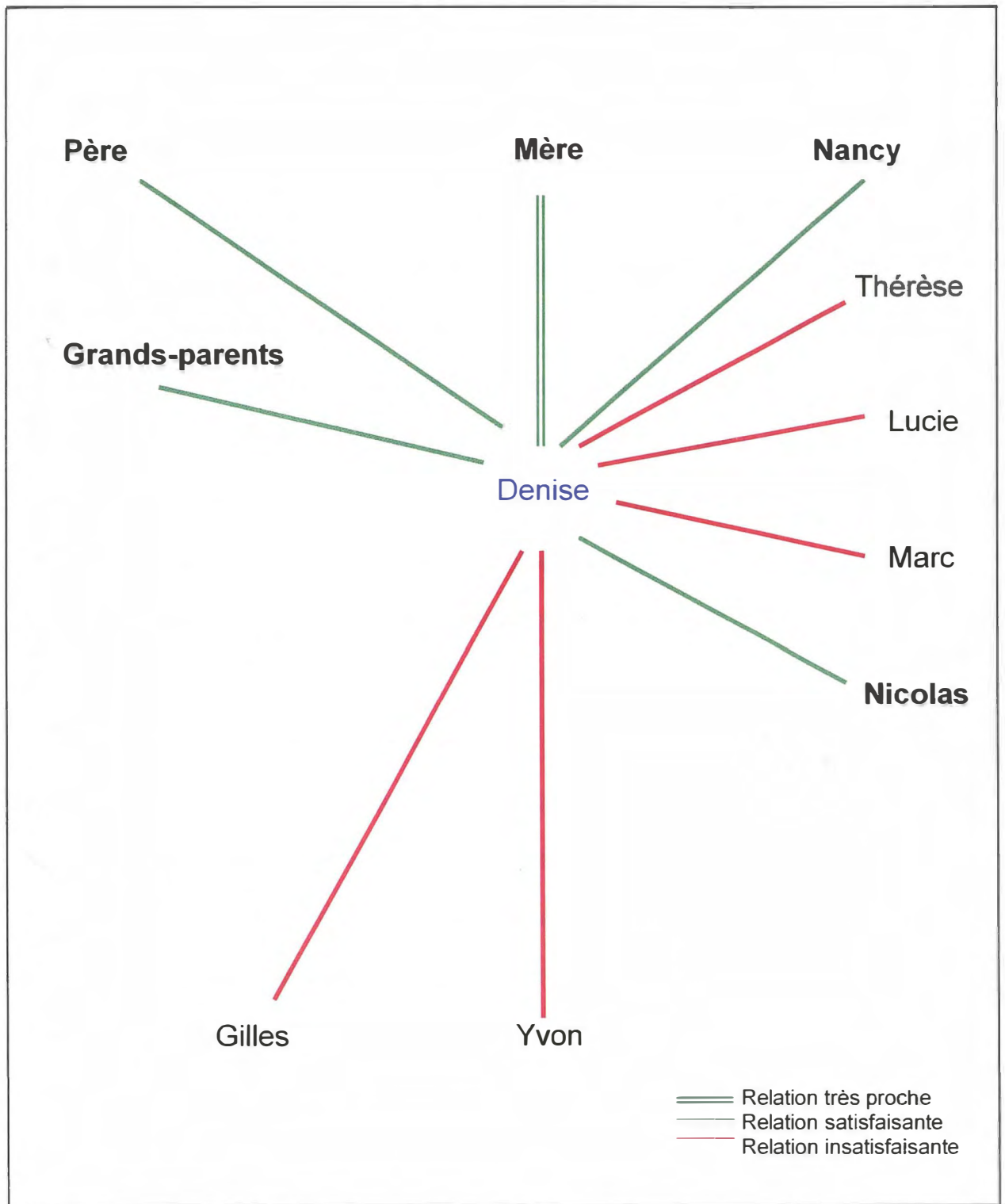


Figure 8. Conscientisation du changement (3^e atome).

conflits avec son père en thérapie, a influencé la relation avec ses grands-parents, car ils tenaient le même rôle que celui-ci auprès de la cliente lorsqu'elle était enfant. En s'attaquant à l'aide de la thérapie au plus gros des dinosaures (son père), selon la perception de la cliente, Denise sait qu'elle n'a plus à avoir peur des deux autres (ses grands-parents) qui adoptaient des comportements similaires au niveau de la violence et de l'indifférence qu'on lui manifestait. Bien que plusieurs relations demeure inchangées et insatisfaisantes (Thérèse, Lucie, Marc, Yvon et Gilles) la cliente dit détecter plus rapidement lorsque son entourage tente d'abuser d'elle et ainsi être en mesure de s'affirmer plus fréquemment. Denise se dit contente des changements qui s'opèrent en elle et dans ses relations avec les membres de sa famille.

Elle mentionne qu'elle aimerait bien travailler la relation avec ses deux frères incestueux, Yvon et Gilles, lors des prochaines séances. « Ces deux frères là, quand j'étais jeune, sont venus dans ma bulle et ça, ça me dérange encore aujourd'hui. Ils sont venus dans ma bulle et ils ont touché des choses qu'ils n'avaient pas d'affaires à toucher. Ils sont entrés souvent dans ma bulle et c'est venu m'envahir, me déranger. Je suis maintenant prête à regarder ça en face. Ça ne peut pas être plus dure que ce que ça me faisait enfant. » Denise se rend compte que les cicatrices laissées par ces événements sont toujours présentes et douloureuses et elle souhaite en atténuer leur douleur. Elle dit se souvenir clairement dans sa tête des paroles, des gestes, de l'environnement,

des émotions, de la colère, présents à ce moment. La thérapeute lui dit que ce sera possible de le faire et qu'elle lui offrira son soutien durant ce travail.

ENTREVUE 12 : RETOUR SUR L'INCESTE

Trois semaines plus tard

La cliente débute l'entrevue en parlant de sa fatigue toujours présente et de maux de tête. Mentalement, Denise dit bien aller et prête à espacer les rendez-vous aux mois. Grâce au bordereau de référence, une dame vient maintenant une fois par semaine chez elle pour effectuer des tâches ménagères et lui préparer d'avance des mets cuisinés. La cliente a eu le résultat de ses prises sanguines qui indiquent, depuis la douzième semaine de traitement par Rebetrone, une réponse négative au test de dépistage de l'hépatite C. La cliente est réjouie de constater qu'elle répond bien au traitement et cela l'encourage à poursuivre malgré les effets secondaires qu'il engendre. À ce sujet, la cliente mentionne qu'elle a encore, à l'occasion, des problèmes de sommeil mais rien de comparable à la période d'insomnie précédant son épisode psychotique. L'appétit est bon, depuis peu de temps la cliente mentionne qu'elle goûte normalement les aliments qu'elle mange; auparavant, tout avait un goût

métallique. Il lui reste actuellement cinq semaines (des 24 semaines initiales) de traitement.

Exploration du vécu incestueux

Avec l'aide de la thérapeute, un retour sur le vécu incestueux commis par deux de ses frères sur la cliente est abordé. Denise parle de l'aîné des garçons, Yvon, et de son autre grand frère, Gilles, qu'elle estimait et aimait beaucoup. Lorsqu'elle entre dans la puberté, les sentiments de Denise pour son frère Gilles sont confus : un mélange d'amour, de frustration, de colère, etc. Tandis qu'envers son frère Yvon seulement des émotions de colère et de frustration sont présentes. La cliente ressent également de la peine face à ces événements sachant que d'autres de ses sœurs ont subi les mêmes abus qu'elle et que pour certaines de celles-ci, il y a eu jusqu'à des relations sexuelles complètes avec ces deux frères. Denise raconte que les attouchements par ses deux frères débutent lorsqu'elle a eu 11 ans (Yvon avait 18 ans et Gilles 17 ans) et perdurent jusqu'à son départ du domicile familial à l'âge de 16 ans. Durant ces cinq ans, ses frères s'adonnent sur elle à des jeux sexuels qui ne lui plaisent pas. Denise raconte que dès qu'elle se retrouve seule dans une pièce ou à l'extérieur de la maison, Yvon vient la toucher. Il la retient contre son gré, la surveille et « la minute qu'il a une chance de venir m'agacer, il l'a prend ». « Au niveau verbal, il me dit des choses comme que je commence à avoir des seins

et que je devrais le laisser y toucher parce que c'est comme ça qu'ils vont devenir plus gros, (quand elle résiste à ses avances) arrête donc t'aime ça, laisse moi continuer, tu vas voir tu vas aimer ça ». Denise se souvient qu'il était rapide, que parfois, elle ne le voyait pas arriver. Elle bouillait de rage à ce moment, de la honte et de la colère sont aussi présentes. Parfois, elle pleure et à cet instant son frère se met à rire. Lorsqu'il lui caresse les seins, Denise essaie de se cacher la poitrine, de s'éloigner mais il parvient toujours à son but. « Y a pas une fois où moi j'ai réussi à ce qui ne soit pas capable dans son jeu, y'a tout le temps, tout le temps réussi, à chaque fois qu'il tentait sa chance. J'ai jamais réussi à me sauver. Je l'aurais tué ou plutôt j'l'aurais frappé. » La cliente réalise qu'elle était encore un enfant devant un jeune adulte de 18 ans, sans aucune protection ni « arme » pour se défendre. Un sentiment d'impuissance était présent, sachant que peu importe ce qu'elle tentait cela n'avait aucun effet de dissuasion.

La cliente mentionne en avoir déjà parlé une fois à sa mère qui aurait averti ses frères mais sans aucun résultat. Denise pense que sa mère la croyait mais trouve qu'elle n'a pas suffisamment usé de son autorité parentale pour faire cesser les agissements de ses frères. Dolan (1996) souligne que l'entourage immédiat, de l'enfant victime des abus, a tendance à minimiser la gravité de l'acte et de ses conséquences, à nier que les faits se soient produits et, ce qui est plus grave encore, à protéger l'agresseur en blâmant la victime ou

en refusant de la croire. Entre sœurs, le sujet était tabou bien qu'elles en aient eu des doutes. Ce n'est, qu'il y a quelques années, que Denise a appris que deux de ses sœurs subissaient également de l'inceste par les deux mêmes frères qu'elle. La thérapeute résume le dévoilement de Denise : « 11 à 16 ans, il y a deux autres dinosaures dans la maison, deux dinosaures actifs qui rentrent dans mon intimité, dans ma bulle, que j'essaie d'éloigner sans réussir. J'en parle avec ma mère sans résultat et ce n'est que plus vieille avec mes sœurs qu'une fois je parviens à ouvrir sur le sujet, il y a cinq années, sans ouvrir la porte à nouveau. Depuis l'âge de 11 ans, vous gardez une grande rage, une grande colère en dedans de vous que vous continuez à contenir et que vous n'avez jamais retournée ». Denise mentionne qu'il y a deux ans, elle a pris conscience de l'impact de ces abus incestueux. « Les partenaires que j'ai eus, la minute qu'ils me touchaient les seins ça me faisait le même maudit effet que lorsque c'était mes frères. »

Le jeu des chaises

Devançant la thérapeute, Denise lui demande de mettre en scène une confrontation avec son frère Yvon. « Je ressens le besoin de lui dire qu'est-ce que ça m'a causé en dedans de moi ». La thérapeute se réjouit de son initiative sachant le bénéfice qu'elle a retiré du jeu des chaises vides lors de la séance de confrontation virtuelle avec son père. En effet, cette séance fut un point tournant

de la thérapie amenant une progression dans la démarche thérapeutique d'affirmation de soi entreprise par la cliente; ceci explique fort probablement pourquoi elle demande de répéter l'expérience.

La thérapeute dispose alors des chaises dans le bureau. « C'est votre séance de visualisation, comment voulez-vous la vivre ? » La cliente choisit de retourner à l'âge de 12 ans. Denise décrit son frère Yvon : « y'é grand, y'a l'air d'un homme, bâti, 6 pieds, les cheveux noirs, il a 18 ans ». Denise s'imagina en train de faire la vaisselle et son frère arrive par surprise en arrière d'elle et lui touche les seins. « Au début, il accroche mes seins, après ça, il les flatte pis ensuite il les tripote, un peu plus à chaque fois. Pis là, moi je rage en dedans. » Denise « voudrait avoir la force d'un homme pour le tasser, pour qu'il comprenne, pis qu'il n'ose pas revenir et qu'il ne revienne plus ». La thérapeute interroge Denise sur ce qu'elle souhaite lui dire maintenant qu'elle peut parler en sécurité. « J'aurais aimé être capable de lui dire les mots pour qu'il comprenne ce que ça me faisait pis pas juste ça, qu'il le réalise. » Denise s'adresse à la chaise vide devant elle : « (...) t'es inconscient de ce que tu me fais, ça pas de crisse de bon sens, un gars de 18 ans, pis en a plus y'a des blondes. Je sais pas là, t'en as du sexe à quelque part, lâche moé là. J'suis pas là pour ça moi. (...) Ça fait pas mal du bien de sortir tout ça ! » Denise dit qu'elle aimerait avoir un bat de base-ball pour lui en donner un bon coup. La thérapeute trouve un poster dans le bureau, le roule et le tend à Denise. La cliente le prend et donne

des petits coups sur la chaise vide. Puis, elle se lève et donne un « raclée » à son frère virtuel. Elle se défoule au point que des intervenants commencent à circuler dans le corridor en regardant par les fentes du store du bureau pour assurer la sécurité de l'intervenante ne sachant pas ce qui se passe. Ayant retrouvé son calme, Denise n'en revient pas d'avoir senti à nouveau cette boule de rage remonter en elle par le simple fait d'imaginer un de ses souvenirs et de vivre, par la suite, le sentiment de libération qu'elle ressent actuellement.

Denise redevient un peu plus triste en abordant la discussion qu'elle a eue avec ses sœurs, il y a quelques années. Une de ses sœurs, Thérèse, lui a mentionné qu'elle ne laisserait jamais sa petite fille seule avec son frère. Son autre sœur, Nancy, a fait des psychoses en état de manie que la cliente croit reliées aux abus à répétition qu'elle a subis de ses frères lorsqu'elle était plus jeune. « Ça me fait de la peine, j'ai de la compassion pour eux autres. » La cliente aurait aimé pouvoir les protéger mais réalise qu'elle devait en premier lieu sauver sa propre peau. Comme la cliente le mentionne précédemment, elle souhaite trouver les mots pour faire comprendre à son frère ce qu'il lui a fait vivre tout au long de son adolescence par ces comportements incestueux ainsi que leurs répercussions dans sa vie. Étant une jeune adolescente, Denise se sentait dépassée par les événements et incapable de mettre en mots ses émotions. Aujourd'hui, adulte avec du recul, elle est maintenant en mesure d'exprimer en mots ce qu'elle aurait souhaité dire à ce moment à son frère et de

réaliser les limites imposés par son âge (contexte, force physique, maturité, conséquences néfastes envisageables, etc.). Le fait de reprendre un souvenir et de le revivre permet à la cliente de le remodeler à sa façon et ainsi restaurer son estime d'elle-même. Ces nombreux bénéfices engendrent le sentiment de libération qui émane à la fin du jeu des chaises vides.

Un travail de mise en scène est indispensable pour tendre la main à un agonisant psychique et l'aider à reprendre une place dans le monde des humains. Ici il y a des pourquoi : « La capacité à traduire en mots, en représentations verbales partageables, les images et les émois ressentis pour leur donner un sens communicable » (Tichey dans Cyrulnik) leur redonne une humanité. L'amour des pourquoi est un précieux facteur de résilience, il permet de reticoter les premières mailles du lien déchiré. (Cyrulnik, 2004, p.22)

ENTREVUE 13 : DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE FACE AU TRAITEMENT

Deux semaines plus tard

À la demande de Denise, les rencontres avaient été espacées au mois. Elle téléphone demandant une entrevue ponctuelle spécifiant qu'elle fait à nouveau de l'insomnie et de l'angoisse. Dans une optique préventive, la thérapeute répond à sa demande dans la journée même, sachant la possibilité d'une récurrence de l'épisode psychotique. Le fait d'accéder aussi rapidement au désir de la cliente se veut également un moyen de renforcer l'initiative prise par celle-ci, d'aller chercher de l'aide, devant la reconnaissance des signes

précurseurs d'une nouvelle désorganisation possible de son état psychologique. De plus, cette rencontre ponctuelle est aussi une façon d'encourager la cliente dans son traitement et de lui permettre de ventiler sur la détresse engendrée par celui-ci.

Épuisement et symptômes anxieux

Lorsque Denise se présente en entrevue, elle a les cheveux teints en rouge. Elle mentionne qu'elle a changé trois fois de couleur de teinture dans l'espace de deux semaines, ayant besoin de couleur et de changement. La cliente dit pleurer tout le temps sans raison et en avoir « ras le bol ». Elle mentionne se sentir « épuisée moralement et physiquement » bien qu'elle ait un coup de pouce de la femme de ménage (pour préparer des repas et faire des travaux domestiques) à qui elle a demandé de venir deux jours de plus par semaine (donc trois visites en tout par semaine). Denise a fait des démarches pour obtenir de l'aide bénévole pour déneiger son entrée de maison, ce qu'elle a obtenu. Elle a aussi demandé à une de ses sœurs de prendre chez elle son fils les fins de semaines, afin qu'elle puisse se reposer. La cliente pleure beaucoup, dit qu'elle n'a « plus le goût de rien ». Elle a fait des démarches pour obtenir des bons pour de l'épicerie. Elle reçoit actuellement un supplément d'invalidité de la Sécurité du revenu. À la demande du Ministère de l'Emploi, Solidarité Sociale et Famille, elle a entamé des démarches auprès d'un avocat de l'aide juridique

pour recevoir, tel que convenu dans l'entente du tribunal, une pension alimentaire pour son fils. Denise tente aussi de prendre des arrangements, en raisons de ses difficultés pécuniaires, avec son institution financière pour son assurance hypothèque. Son gastroentérologue lui a rempli un formulaire d'invalidité temporaire pour cause de traitement médical. Toutefois, l'institution financière demande un résumé du dossier psychologique avant d'entamer des démarches concernant le paiement de l'hypothèque de la cliente pour la durée du traitement. Cette institution demande le maximum de preuves attestant que le traitement invalide la cliente dans ses activités quotidiennes. La thérapeute accepte de faire une lettre pour son institution financière en mentionnant les dates des rencontres et en mettant l'accent sur la détresse engendrée par les effets secondaires de son traitement. Dès qu'elle sera rédigée, l'intervenante en fera la lecture à la cliente avant de l'envoyer à son assureur afin d'obtenir son consentement.

La thérapeute reflète à Denise sa nouvelle capacité à affirmer ses besoins et à demander de l'aide. Bien qu'elle ait plusieurs ressources autour d'elle, toutes ces démarches lui demandent beaucoup d'énergie et elle se sent déjà très faible. « J'ai jamais eu autant de téléphones et de papiers à remplir de toute ma vie. » Des difficultés financières importantes sont présentes. Au niveau des effets secondaires de son traitement, elle est déshydratée, boit plusieurs verres d'eau durant la rencontre. Elle a l'impression d'avoir les oreilles bouchées

depuis plusieurs jours, des maux de tête sont présents, elle sent une grosse pression au niveau de la tête, elle se dit à fleur de peau, elle se sent constamment fatiguée, elle mentionne avoir un point au niveau du dos, les ganglions enflés, faire de la fièvre avec des symptômes de grippe, elle a la vision brouillée, elle dit entendre des sons comme un bruit de fond qui ressemble à un grondement. Denise a peur de s'endormir dans cet état et de se « réveiller pu de raison » le lendemain, elle craint de devenir folle. Conséquemment, elle fait de l'insomnie. « J'ai peur de ce qui va m'arriver moralement » bien que l'infirmière lui ait dit que dormir ne ferait que l'aider. La thérapeute lui confirme que le fait de dormir ne peut qu'atténuer ses symptômes en diminuant l'épuisement. Afin de diminuer son anxiété, l'intervenante effectue un retour sur son épisode psychotique, lui rappelant qu'elle était bien et ne souffrait pas durant cette phase où elle était coupée de la réalité. De plus, sachant que la possibilité d'un dérapage psychotique induit par le Rebetron est circonscrit dans le temps (voir les différentes études au chapitre trois), la thérapeute rassure Denise sur le caractère temporaire de la situation. Son traitement se termine dans un mois, donc si sa peur de verser dans la folie se trouve exacte, bien que les probabilités soient faibles, cet état ne sera que temporaire. L'importance de se ramener dans « l'ici et maintenant » est renforcée afin de diminuer l'anticipation catastrophique engendrant l'anxiété, l'insomnie, etc. Le seul fait d'anticiper la folie est susceptible d'accroître ses symptômes précurseurs et augmente sa détresse psychologique.

Présentement, bien qu'elle craint de revivre une autre psychose, aucun symptôme de type psychotique (hallucination ou délire) n'est présent.

La cliente songe, par moment, à abandonner son traitement en raison des multiples effets secondaires qui lui engendrent une importante détresse physique et psychologique. D'un autre côté, elle est consciente qu'au niveau médical, elle répond bien au médicament et qu'il lui en reste seulement pour un mois. Devant son ambivalence, la thérapeute l'informe du support qu'elle est prête à lui donner : rapprocher les séances ; soutien téléphonique au besoin, afin qu'elle puisse mener à terme son traitement. Elle lui rappelle également toute l'aide dont elle dispose en dehors de la thérapie : sa famille, ses amis, la femme de ménage, son infirmière, info santé, etc. Afin de donner une mesure objective de ses progrès face à son traitement médical, la thérapeute lui suggère de prendre un calendrier, d'encercler la date finale de son traitement et de faire un « X » sur chaque journée qui passe, en les considérant comme un succès de plus vers sa guérison du VHC. Ce truc, très simpliste, a le grand avantage de permettre à la cliente de réaliser les progrès accomplis, le chemin parcouru avec succès ainsi que le peu de temps restant (comparativement à la durée du traitement) avant l'atteinte de l'objectif final. En ce sens, ce moyen constitue un outil puissant d'encouragement pour accroître la motivation.

Denise quitte la séance en constatant une diminution de son anxiété et de sa crainte de s'endormir en se réveillant folle. Elle a également pris la ferme décision de mener son traitement à terme. Le support ponctuel de la thérapeute est un moyen de renforcement lié à l'objectif général de la thérapie soit le travail au niveau de l'affirmation de soi. Par sa demande d'aide et sa recherche des différentes ressources pouvant l'aider durant cette période plus difficile, la cliente fait preuve d'autonomie et de débrouillardise tout en reconnaissant ses limites. Le fait de s'investir autant dans ce traitement médical qui constitue une alternative à sa maladie (pouvant devenir mortelle), la cliente mobilise son énergie pour franchir par elle-même toute les étapes et met en place tous les moyens possibles afin de s'assurer du succès de sa démarche. Si la cliente parvient à compléter son traitement, elle pourra en retirer une grande valorisation, étant elle-même l'initiatrice et la responsable du succès des moyens qu'elle a mis en place.

ENTREVUE 14 : AFFIRMATION DE SOI

Une semaine plus tard

En début d'entrevue, Denise mentionne qu'elle a encore beaucoup pleuré cette semaine. L'anxiété présente avant l'endormissement s'est amoindrie lui

permettant ainsi un sommeil plus réparateur. Une grande fatigabilité, des difficultés de concentration, d'attention et de légères pertes de mémoire sont présentes, engendrant une diminution de ses déplacements en automobile. La cliente mentionne être dans l'obligation d'écrire tout ce qu'elle a à penser sur papier pour éviter de l'oublier. Au point qu'elle a peur d'omettre de prendre les différentes doses (orales et injectables) de son médicament. Afin d'éviter de compromettre la réussite de son traitement par l'oubli de prendre adéquatement sa médication, la thérapeute propose à la cliente la mise en place de différents moyens aide-mémoire pour contrer cet éventuel problème. Interrogée, Denise suggère qu'elle peut utiliser un système mnémonique à l'aide d'un calendrier et d'un tableau fourni par la compagnie pharmaceutique qui produit le Rebetron, pour cocher les doses prises. De cette façon, elle s'assure de minimiser les risques d'oubli ou de la prise en double de ses doses. Elle a commencé à faire des « X » sur son calendrier, ce qui l'encourage énormément voyant le décompte diminuer chaque jour.

La cliente a rencontré son médecin du CLSC avant la séance pour l'apparition d'une bosse au niveau d'un sein. Une mammographie et une échographie sont prescrites d'urgence, le médecin craignant la possibilité d'une tumeur. Ces tests révéleront la présence de trois kystes bénins, retirés immédiatement sans complication. Toutefois, l'attente des résultats représenta un stress de plus pour la cliente.

Poursuite de l'affirmation de soi

Denise mentionne avoir de la difficulté à s'affirmer auprès de son gastroentérologue qui la suit pour le traitement de son hépatite C. Elle dit se sentir traitée par lui comme si elle était une toxicomane, comme l'est d'ailleurs la majorité de sa clientèle et « ça me dérange car il n'arrête pas de me parler que tous ses patients atteints d'hépatite se sont piqués (consommation de drogue par voie intraveineuse) et ont contracté la maladie de cette manière. On dirait toujours qu'il m'amène vers ce groupe de personne là en me rappelant constamment de ne pas consommer de drogue ni d'alcool. Mais moi, j'en prends pas de drogue. Ça fait même dix fois que j'y dis ! ». La cliente a consommé de la drogue pendant une courte période de sa jeunesse, mais ne s'identifie pas à cette population. Denise semble choquée de voir son médecin ramener constamment le sujet de la toxicomanie avec elle mais, elle ne lui en a toutefois pas parlé. « Il va falloir que je lui dise parce que je ne serai pas capable de le garder pour mon suivi, parce que même après le traitement je vais devoir continuer de le voir à tous les ans. Si je me sens pas plus à l'aise que ça avec, je ne pourrai pas le garder, certain. »

La thérapeute questionne Denise à savoir comment elle pourrait s'y prendre pour s'affirmer avec son médecin. Bien que le plan d'intervention initial

ait été, à plusieurs reprises, modifié (pour mettre l'accent sur sa dynamique familiale d'origine et pour soutenir la cliente dans son traitement médical), l'objectif premier d'apprendre à s'affirmer s'est toujours poursuivi tout au long de la thérapie. Cette situation, où elle ne se sent pas respectée par son gastroentérologue, est une occasion de plus pour travailler cet objectif premier. En plus de se sentir traitée de toxicomane, elle a l'impression de ne pas être considérée sérieusement par son gastroentérologue lorsqu'elle lui fait une demande. La cliente raconte un exemple où elle souhaitait obtenir une prescription en onguent pour des hémorroïdes apparues récemment en lien avec les effets secondaires de son traitement et son gastroentérologue lui a répondu qu'elle n'avait qu'à prendre des bains de siège durant vingt minutes. Denise a finalement obtenu la prescription pour son onguent, que lui conseillait son pharmacien, par l'intermédiaire de son médecin au CLSC. En conséquence, Denise identifie comme première piste pour parvenir à l'affirmation de soi, qu'elle pourrait demander à son gastroentérologue de clarifier quel rôle joue celui-ci en dehors des analyses de sang et du traitement par Rebetrone. Elle mentionne également qu'elle pourrait spécifier ses attentes envers lui pour son suivi et lui demander dans quelles circonstances elle doit consulter son médecin de famille. « Je ne veux pas lui exiger des choses mais plutôt agir dans l'optique de clarifier les rôles de chacun (gastroentérologue, infirmière, omnipraticien) de façon à pouvoir répondre à mes besoins au niveau médical. » Au niveau de la toxicomanie, Denise exprime qu'elle comprend que la majorité de ses patients

consomment toujours mais qu'elle souhaite lui rappeler qu'elle a seulement fait une erreur de jeunesse et qu'elle ne se sent pas respectée lorsqu'il revient à répétition sur ce sujet.

Une nette progression de la cliente au niveau de l'affirmation de soi est constatable. De sa propre initiative, elle est en mesure de formuler une demande en tenant compte de ses besoins tout en allant vérifier la position de l'autre personne sans tomber dans le pôle de l'assujettissement ou de l'agression. Elle est en mesure d'être empathique, de comprendre le point de vue de l'autre même si celui-ci lui engendre un sentiment de colère. Denise est consciente que, par ce type de communication, elle se respecte tout en respectant son interlocuteur. Les apprentissages réalisés lors d'entrevues précédentes semblent avoir été intériorisés ; il ne reste plus qu'à parvenir à les mettre en pratique au moment même où se déroule une situation dans laquelle elle ne se sent pas respectée. Elle parvient actuellement à mettre ses limites et à s'affirmer sur le moment auprès de son fils, à le structurer avec amour et fermeté, ce qui constituait sa demande initiale. Reste à généraliser ce nouveau comportement dans des contextes divers.

*ENTREVUE 15 : SENTIMENT DE HONTE**Deux semaines plus tard*

La cliente termine son traitement médical pour le VHC dans 8 jours. Elle dit bien manger et dormir. Toutefois, elle a omis involontairement de prendre deux doses en comprimés oraux (ribavirine) de son médicament, doses qu'elle a immédiatement pris dès qu'elle s'est aperçue de cet oubli (à l'aide de la méthode développée, à l'entrevue précédente, composée d'un tableau et d'un calendrier) soit, dans la même journée. La cliente espère ne pas commettre d'oubli plus majeur d'ici la fin de son traitement. La fatigue est toujours présente, elle a des plaques rouges au visage (réaction hypodermique au froid causée par l'interféron selon le médecin) et la peau sèche. Au niveau de ses problèmes de peau, elle a obtenu une prescription de cortisone. Les hémorroïdes se sont dissipées. Elle s'est encore teinté les cheveux mais cette fois-ci en brun. La cliente se dit en mesure de poursuivre le traitement pour les huit jours restant mais elle est consciente, son gastroentérologue l'en ayant informée, que les effets secondaires peuvent persister quelques mois après l'arrêt de la médication.

Analyse d'un rêve

Depuis deux semaines, la cliente mentionne faire le même rêve à répétition. « Je rêve que j'ai un partenaire, comme si ce serait un ex partenaire, en tout cas, quelqu'un de connu mais c'est pas le même visage ni le même corps dans mon rêve. À chaque fois que je fais ce rêve, c'est comme si c'était un ex différent. Dans tous les rêves, c'est le même événement, il me trompe avec ma sœur Nancy. C'est tout le temps, ça pis moi, je suis pas bien du tout dans ça. » La thérapeute propose à la cliente de travailler l'analyse de ce rêve.

Tout au long du processus thérapeutique, l'intervenante est demeurée centrée sur la cliente, ayant un plan d'intervention flexible, en traversant les portes qu'elle lui ouvrait. La thérapeute choisit donc d'accompagner la cliente dans la préoccupation que suscite, chez elle, ce rêve. En tentant de faire émerger les principales émotions présentes lors du rêve ainsi que les souvenirs d'expériences vécues pouvant lui être rattachés, divers liens pourront en ressortir. La cliente raconte son rêve au présent ce qui permet d'actualiser son contenu et de ressentir à nouveau les émotions y étant reliées (Robert, 2000). La thérapeute travaille donc le rêve en s'inspirant de l'approche de Perls (1972) et du paradigme gestaltiste. Cette école de pensée considère le rêve comme une création de la personne révélant des parties de soi. L'analyse du rêve, selon cette école de pensée, encourage la personne à découvrir des parties

d'elle-même dans chacun des personnages ou objets mis en scène : la transposition du sujet lui-même dans la création de son rêve. Ce processus permet à la personne de toucher à des aspects d'elle-même qu'elle ne pourrait atteindre autrement.

Par elle-même, Denise relie ce rêve répétitif avec un événement qui s'est déroulé alors qu'elle avait environ 14 ans et sa sœur 16 ans. Nancy avait un amoureux âgé d'environ 30 ans. Cet homme souhaitait avoir des relations sexuelles avec Nancy, qui refusa, ne se sentant pas à l'aise ni prête à faire l'amour avec un partenaire. Celui-ci fit des avances à Denise, qu'elle repoussa avec peine, et ce devant sa sœur. Jamais cet événement ne fut discuté entre les deux sœurs. La cliente identifie, comme fil conducteur entre son rêve et cet épisode passé, un sentiment de honte. La thérapeute explique à la cliente sa façon de concevoir les rêves : « Dans les rêves, les gens à qui on rêve, les objets n'ont pas nécessairement le même sens que dans la réalité. Nancy dans votre rêve représente une partie de vous-même tout comme l'ex partenaire. L'important est de ressortir en gros l'essence du rêve, les émotions présentes. On va projeter et symboliser différentes parties de nous-même dans le rêve sur différentes personnes ou objets. » La cliente mentionne que son rêve lui amène un sentiment de honte d'avoir pu plaire au copain de sa sœur et elle a l'impression que dans son rêve sa sœur se venge d'elle. La thérapeute demande à la cliente de focaliser son attention sur le sentiment de honte

déclenché par son rêve et de lui faire part des liens qui émergent. Denise rapporte, en premier lieu, que ce sentiment la ramène à la maison familiale lorsqu'elle était jeune. Elle avait honte d'amener des amis à la maison. Deuxièmement, une honte reliée à sa période de consommation de drogue est toujours présente. La cliente identifie qu'elle a honte d'avoir été en relation avec les partenaires qu'elle a eus, qu'elle trouve irresponsable « mais c'est quand même moi qui les a choisi (...) dont le père d'Alexandre ». La cliente mentionne qu'elle a hâte que la situation avec le père de son fils (qui gagne un excellent salaire) soit légalement réglée en ce qui concerne le paiement des pensions alimentaires. À ce moment, la cliente fait le lien avec sa sœur Nancy pouvant représenter son désir de justice et l'ex partenaire du rêve illustrant l'impression d'être trompée ou flouée par le père de son fils. Denise ne semble pas trouver de signification satisfaisante à son rêve. L'intervenante décide de ne pas pousser plus en détail la réappropriation de son rêve, sachant qu'un travail à un niveau moins conscient continue de se faire.

La thérapeute réalise alors un bilan du travail thérapeutique accompli avec la cliente (voyant approcher la fin de son traitement médical et les progrès réalisés par celle-ci) dans le but de souligner les acquis effectués, d'enligner les rencontres suivantes sur les objectifs restants et d'entreprendre la consolidation des acquis. Denise mentionne en premier lieu, qu'elle ne se sent « plus la même personne, je me sens beaucoup mieux, plus libérée en dedans de moi.

J'ai moins de difficulté à ressentir mes émotions, je suis capable de les identifier. Pour moi, c'est un grand pas. Le fait que tu sois là (la thérapeute) ça m'a beaucoup aidé avec mon médicament. (...) Mettre mes limites, je te le dis c'est pas croyable. Tout le monde autour de moi, ça va bien, c'est complètement différent. J'ai un bon détecteur pour savoir quand je dois les mettre. C'est sûr qu'il peut toujours y avoir place à amélioration mais, j'ai fait un bon bout. Je sais que je suis capable de les mettre maintenant. (...) Le travail qu'on a fait avec ma famille, ça, ça complètement enlevé on dirait ce qu'il y avait dans la petite Denise qui souffrait.» Interrogée sur les objectifs qu'elle désire poursuivre, Denise mentionne qu'elle aimerait parler de sa relation avec son frère Gilles et sa sœur Nancy.

La cliente aborde le sujet en parlant du rôle de prince charmant que tenait son frère Gilles auprès d'elle et de sa sœur. En ce sens, il leur donnait de l'attention, prenait soin d'elles, les amenait faire des activités (comme des promenades en moto) et en échange elles devaient satisfaire les besoins sexuels de ce dernier. Les deux sœurs avaient un lien privilégié avec ce frère, qui n'accordait pas la même attention aux autres membres de la fratrie. C'est comme si les trois (la cliente, Nancy et Gilles) s'étaient créés un petit monde propre à eux sans que les autres membres de la famille puissent y avoir accès. Denise éprouvait un sentiment ambivalent d'amour et de colère envers ce frère. Une jalousie est alors présente entre les deux sœurs à ce moment pour obtenir

l'amour de leur frère. Denise se sentait, étant jeune, privilégiée d'avoir été choisie par son frère pour être en quelque sorte son amoureuse. « Quand on faisait de la moto, il se frottait les parties génitales sur mes fesses. Il lui arrivait régulièrement d'être derrière moi et de me caresser le ventre et les seins. Il me parle de façon sensuelle, comme s'il était avec sa blonde. Il essayait de me faire sentir que j'étais sa blonde, que j'étais une femme à ses yeux. En même temps c'est le fun pis j'aime pas ça et je ne veux pas. »

Comme dans la majorité des cas d'inceste, le secret est une règle d'or. Le secret familial qui entoure généralement l'abus sexuel peut aussi servir à communiquer à la victime, de manière indirecte mais très efficace, selon Dolan (1996), qu'elle est d'une certaine façon responsable de l'acte honteux auquel elle a pris part. La cliente a découvert que sa sœur se faisait également abuser par le même frère, il y a de cela seulement quelques années : sa sœur aurait eu des relations sexuelles orales et génitales avec ce frère. Lorsqu'elle était plus jeune, elle savait que sa sœur Nancy passait aussi du temps avec son frère mais ignorait qu'elle aussi jouait le rôle d'une de ses petites amies. Au fur et à mesure que la cliente discours sur ce sujet, la thérapeute ne cesse d'avoir des pensées qui lui traversent l'esprit sur le rêve que Denise a raconté au début de la séance. L'intervenante (qui était toujours habité par le rêve de la cliente) s'aperçoit clairement du lien entre son rêve et le fait que Denise aborde ces événements à ce moment-ci de la thérapie. Bien que le lien entre les deux

semble évident pour la thérapeute, celle-ci ne voulant pas le suggérer à Denise, choisit d'utiliser une question ouverte pour confirmer son intuition. Elle interroge alors la cliente à savoir si celle-ci faisait un lien entre son rêve et ces événements de son enfance. Le déclic de la cliente fut instantané. « Je comprends, c'est de là que provient mon maudit sentiment de honte ». Le rêve rapporté par Denise racontait une scène où sa sœur était en relation avec un homme sans identité mais qui semblait être un ex partenaire connu de la cliente. Denise prend conscience que le fort sentiment de honte qui émerge du rêve est relié à son sentiment d'ambivalence. Elle réalise également qu'elle voulait l'affection de son grand frère et non les jeux sexuels.

L'inceste

L'inceste selon Dolan (1996) fait référence aux contacts sexuels avec toute personne qui ne serait être considérée comme un partenaire sexuel adéquat en raison des liens de sang ou des liens sociaux existant avec cette personne et sa famille. D'après cette auteur, il y a abus sexuel incestueux envers un enfant lorsqu'il y a une différence d'âge d'au moins cinq ans entre la victime et son agresseur, et lorsque celle-ci est âgée de 15 ans ou moins : ce qui inclut les abus sexuels à l'intérieur de la fratrie. Cette forme d'inceste, à l'intérieur de la fratrie, n'est pas toujours considérée comme un abus en raison de la différence d'âge souvent minime, de l'absence de violence et de

coercition. Selon Courtois (1988), il est important de souligner l'incapacité dans laquelle se trouve l'enfant de pouvoir donner son consentement en connaissance de cause, pour toute participation sexuelle, même si l'enfant ou l'adolescente déclare ensuite avoir été d'accord, ou lorsqu'elle semble avoir été consentante. Les abus peuvent être de différents degrés allant de l'exhibitionnisme au rapport sexuel complet.

Peut-on considérer les attouchements qu'a subis Denise de ses deux frères comme de l'inceste ? Oui ! Ses deux frères, Yvon et Gilles, ont plus de cinq ans de différence avec la cliente, les abus ont débuté alors qu'elle avait 11 ans et ceux-ci étaient en position d'autorité et de force sur la cliente ayant un rôle de protecteur comme grands frères. Bien que la cliente manifeste un sentiment d'ambivalence, lorsque plus jeune, envers son frère Gilles et qu'elle ait aimé se sentir considérée comme sa blonde, un consentement de sa part ne peut être valide en raison de son bas âge lors des abus. Un préjudice est toujours présent peu importe le degré d'abus sexuel vécu par la victime (Dolan, 1996).

Les attouchements subis par Denise (mentionnés aux entrevues 12 et 16), ont eu des conséquences sur sa vie d'adulte notamment au niveau de sa vie sexuelle, de ses choix de partenaires et de son estime d'elle-même. C'est pour cette raison que la thérapeute, depuis le tout début du suivi conservait une

porte ouverte sur ce sujet au cas où la cliente manifesterait le désir de travailler sur ces événements. Le phénomène d'insight vécu par la cliente, par la réappropriation de son rêve, lui permet de réaliser le sentiment de honte qu'elle traînait en elle, comme un boulet enchaîné à son pied, depuis de nombreuses années. Un impact majeur sur sa vie en découla à partir de ce moment, en découvrant le sens de son rêve, Denise fit le choix de se séparer totalement de la charge de ses « boulets » émotifs.

ENTREVUE 16 : REPRISE DE POUVOIR SUR SA VIE

Trois semaines plus tard

La cliente a enfin terminé son traitement médical par Rebetrone pour contrer son hépatite C. Jusqu'à présent, les résultats des tests sanguins s'avèrent négatifs concernant la détection du VHC dans son organisme. La cliente est très heureuse d'avoir complété son traitement mais, attend avec une légère appréhension les résultats sanguins finaux attestant la réussite totale du traitement. Denise mentionne moins dormir (s'endort vers minuit et se réveille à trois heures du matin) sans ressentir de fatigue, une excitation est présente. Elle a cessé de teindre ses cheveux mais les perd de façon importante. Elle dit se sentir mieux moralement. Elle mange bien, elle a repris du poids. La régulation de

l'assurance maladie lui accorde le même rabais pour bénéficier d'une femme de ménage pour encore six mois, à raison d'une visite aux deux semaines, le temps de se remettre totalement de son traitement. Denise participe activement à l'association de l'hépatite C au Québec. Elle a également rédigé un papier sur les différentes ressources qu'elle a trouvées au cours de son traitement pour le VHC; elle l'a remis à son gastroentérologue (entre temps, Denise s'est affirmée avec succès auprès de celui-ci comme il en avait été question à l'entrevue 14) afin d'aider d'autres personnes en traitement. D'ailleurs le gastroentérologue a admis à la cliente qu'au début des rencontres, il avait des préjugés envers sa clientèle (voir entrevue 14) et qu'aujourd'hui la vision de ses patients a changé. Il lui mentionne qu'elle a fait preuve d'une excellente observance au traitement et qu'il ne la considérait plus comme une toxicomane malgré son erreur de jeunesse. La cliente a une preuve tangible des conséquences positives de l'affirmation de soi. La thérapeute renforce la cliente du succès obtenu en s'affirmant, du courage dont elle a fait preuve tout au long du traitement et pour s'être rendue jusqu'à la fin.

Denise présente plusieurs situations où elle a mis ses limites et pratiqué l'affirmation de soi. Elle dit avoir plus d'énergie et attendre moins longtemps avant de manifester ses besoins ou de dire son opinion. Un travail de consolidation des acquis est effectué en rappelant les progrès réalisés et les notions de base pour une communication efficace avec l'affirmation de soi. La

cliente se sent en reprise de pouvoir sur sa vie. Elle contrôle sa vie par les choix qu'elle ose faire aujourd'hui, dont entre autre le choix de ne plus tolérer d'être assujettie en appliquant ses limites et en s'affirmant auprès de son entourage.

Nouvel équilibre

Un nouvel atome social est réalisé, illustré par la figure 9. La majorité des relations sont qualifiées de satisfaisantes. Denise mentionne que le fait de s'affirmer auprès de sa famille, lui a permis d'améliorer ses relations. Elle qualifie la relation avec sa mère de très proche. Trois relations sont ambivalentes au niveau de ses frères Marc, Yvon et Gilles. Au sujet de ces deux derniers frères, Denise mentionne que sa relation avec eux est toujours insatisfaisante mais pour la première fois, elle la qualifie de non dérangeante. La cliente se positionne par rapport à son cheminement thérapeutique en disant qu'elle a réussi à « mettre le doigt sur les émotions que j'avais ancrées en dedans de moi, pis que je vivais avec ça. Ça fait comme libérateur. C'est pu là. Je me sens libre. Pis envers ma famille, c'est ben correct. » Cette affirmation peut être vue comme une conséquence directe du cheminement effectué sur l'inceste et ce, entre autre, par le biais du travail de son rêve. La cliente se sent maintenant amplement outillée pour poursuivre son cheminement par elle-même. Elle possède suffisamment de ressources pour composer avec les obstacles et les défis de la vie. Elle dit se sentir prête, si l'occasion se présente,

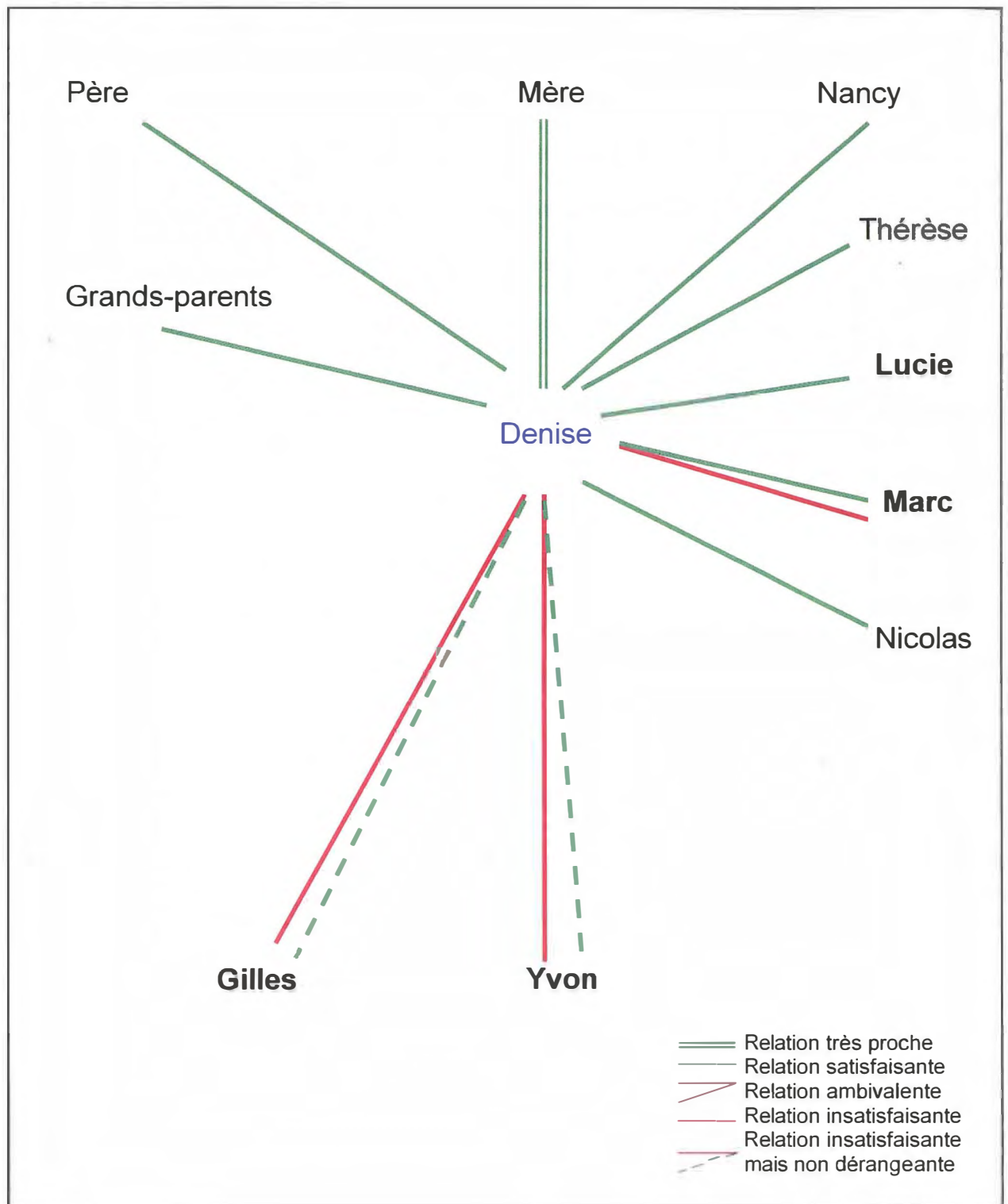


Figure 9. Résultat en fin de parcours (4^e atome).

de parler avec ses deux frères Yvon et Gilles des événements de son enfance, de leur impact et d'exiger des excuses réparatrices de leur part afin de boucler la boucle sur ces épisodes. La thérapeute a fait le choix d'omettre volontairement d'évoquer la possibilité d'une dénonciation en justice des abus sexuels subis par la cliente lorsqu'elle était enfant. Les membres de la famille étant tous des adultes aujourd'hui et le fait que les abus se déroulaient seulement à l'intérieur de la famille, que les abuseurs avaient également et ont toujours une vie relationnelle et sexuelle adéquate en dehors de ces événements, laisse envisager un risque minime de récurrence signifiant que plus personne n'est en danger par ceux-ci. Dans ce contexte, la dénonciation ne semble pas présenter de gain thérapeutique pour la cliente. Toutefois, la thérapeute renforce Denise dans son désir de parler à ses frères. Si elle avait ouvert une porte sur un désir de dénoncer ses frères, la thérapeute l'aurait soutenue dans ses réflexions et ses démarches.

Non par hasard, Denise parle d'une photographie de famille que sa mère avait donnée à chacun de ses enfants, qui avait été prise alors qu'elle avait quatorze ans. La cliente l'avait toujours laissée dans sa boîte d'origine étant incapable de l'afficher en ignorant la raison pour laquelle elle se sentait incapable d'afficher ce cadre. Pour la première fois, la cliente a accroché cette photographie sur un mur de sa maison dans une partie centrale; elle a également ajouté des photographies d'elle, de son fils et de son conjoint. Elle a

décidé de faire un mur complet de photos. Auparavant, seule une photographie de son fils, Alexandre, était posée sur un bureau.

Interrogée par la thérapeute qui effectue le reflet que son besoin nouveau de décoration photographique est possiblement en lien avec les changements dans son atome social, la cliente réalise qu'elle est en train de reproduire son atome en photographie. « Je pense que c'est une preuve que je me sens mieux vis-à-vis tout mon passé, c'est comme ça que j'expliquerais ça. Ah oui, je me sens pas mal mieux. » La symbolique ainsi dégagée par ce geste, de déballer et d'accrocher la photo familiale sur un mur de sa maison, est une matérialisation des effets du processus thérapeutique. Par l'utilisation de l'atome social, à l'intérieur de la thérapie, la cliente a pu identifier les différentes dynamiques présentes à l'intérieur de sa famille d'origine et dénouer les impasses dans les différentes relations auprès de chaque membre permettant ainsi de faire un pont entre son passé douloureux et sa vie actuelle. Un nouveau sentiment d'unité familiale a pu enfin être créé, apportant ainsi une sensation de bien-être et de soulagement qui a une incidence sur sa perception actuelle de sa famille. La cliente développant un sentiment d'appartenance à sa famille, l'affiche symboliquement, pour la première fois, par le cadre apposé sur son mur.

ENTREVUE 17 : FIN DU PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

Trois semaines plus tard

Les résultats des tests sanguins post-traitement se maintiennent négatifs pour la détection du VHC dans l'organisme de la cliente. Son gastroentérologue considère la cliente comme étant guérie de l'hépatite C. Denise est extatique du fait que le traitement ait réussi et surtout de ne pas avoir traversé tout cette période et subi ces effets secondaires en vain. Rappelons ici que l'hépatite C peut être mortelle. Une fatigue demeure présente mais de façon moins accaparante que lors de la phase active du traitement. Elle dit mieux dormir et avoir plus d'énergie.

Bilan de la thérapie

La thérapeute ramène les quatre principaux atomes sociaux réalisés et travaillés en cours de thérapie, les étend sur le sol, un à la suite de l'autre afin que la cliente puisse s'exprimer sur les changements survenus de l'un à l'autre et en faire une synthèse globale. Ce choix (d'effectuer un retour sur les atomes sociaux réalisés) fait par la thérapeute, se veut un moyen pour que la cliente puisse synthétiser et se réapproprier le travail qu'elle a effectué par sa démarche en thérapie. La figure 10 reprend ces atomes. La cliente les observe

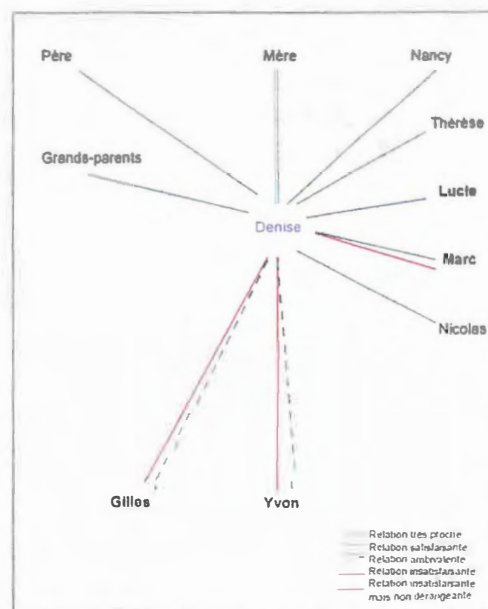
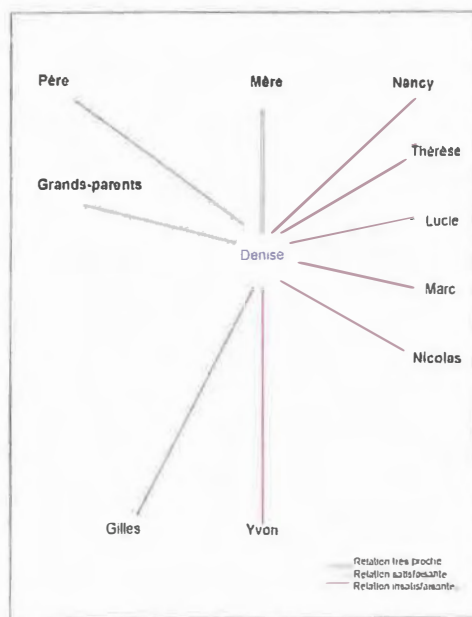
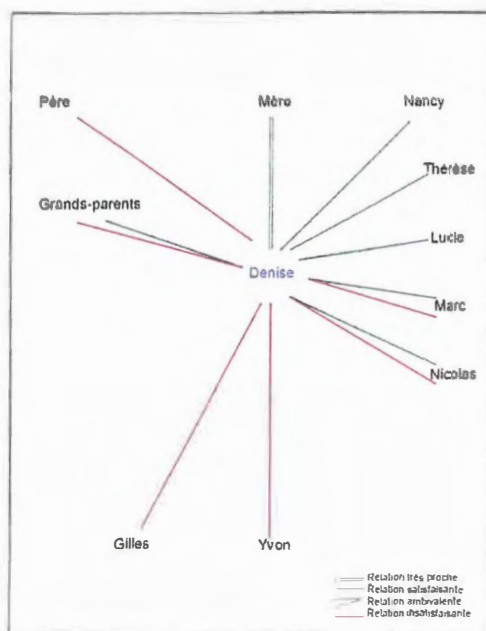


Figure 10. Progressions des atomes sociaux liés au noyau familial.

et arrête son attention sur le premier (fait à l'entrevue 4, p.47) « ce que je vois c'est que toutes les personnes que j'avais marquées, j'avais un sentiment pesant envers eux. » En regardant le deuxième atome (réalisé à l'entrevue 7, p.65), la cliente dit que « ça bougé pas mal, pis c'est parce que en travaillant sur moi, y'a des choses de mon passé, je me suis rendue compte que ces personnes m'ont beaucoup affectées et je m'en rendais pas compte avant. C'est devenu conscient. J'ai toujours vu mon père et mes grands-parents paternels comme des personnes qui m'ont beaucoup dérangée pis là je me suis rendue compte que ma mère en faisait partie aussi par son inactivité. Elle ne parlait pas quand j'étais petite, donc par sa passivité elle participait à maintenir comme la dynamique familiale. » En présentant le troisième atome social fait lors de la onzième séance (p.88), Denise s'exprime sur le changement observé : « c'est la paix qui ressort. J'ai commencé à faire la paix avec ce qui m'avait affectée. » En exposant le dernier atome social réalisé lors de la séance précédente (entrevue 16, p.117), la cliente le commente en disant que c'est la « libération » qui ressort de celui-ci. « Il reste encore du rouge avec Yvon et Gilles (les deux frères qui lui ont fait des attouchements) parce que je n'ai pas encore pu leur parler. Mon frère Marc aussi a du rouge car j'approuve pas son comportement qu'il fait avec sa conjointe pis c'est ça qui me dérange parce que ça ressemble drôlement à ma mère, il agit comme elle, mais la relation est correcte avec moi. (...) Ma belle-sœur est violente comme mon père l'était avec ma mère mais pas physiquement elle, mais plutôt psychologiquement envers mon frère. Pis lui y'é

passif. Je me suis vraiment ouvert les yeux, dire que moi aussi je ressemblais à ma mère avant. (...) Le fait d'avoir identifié ce que j'ai vécu, je suis bonne pour reconnaître les différentes formes de violence maintenant. »

En portant son attention sur l'ensemble des atomes sociaux, Denise remarque que toutes les personnes inscrites ont bougé à différents moments de la thérapie sans qu'elle ait travaillé spécifiquement la relation avec chacun. Par cette observation, que des personnes de son atome peuvent bouger sans avoir directement travaillé sur la relation avec ceux-ci, la cliente comprend que si l'on touche un élément du système familial, les autres membres bougent également. La cliente se dit très contente et satisfaite du résultat final de la thérapie.

La cliente réalise que le choix, inconscient à prime abord, de venir consulter en psychologie était un besoin de faire le ménage dans plusieurs sphères de sa vie en même temps : de reprendre du pouvoir sur son corps, sur sa santé psychologique et sur sa vie. Elle débutait un traitement physique pour son hépatite C et a entrepris un suivi psychologique en parallèle. La cliente se dit fière d'elle, d'avoir entrepris ce processus thérapeutique et de constater les résultats de son travail. Au niveau des changements sur sa personne, Denise est capable de s'affirmer et de dire non à des demandes de son entourage, incluant son conjoint; capable d'autorité chaleureuse auprès de son fils; elle comprend mieux les raisons pour lesquelles elle se retrouvait, à plusieurs

reprises, dans des relations conjugales violentes ; elle note aussi une amélioration au niveau de sa vie sexuelle, ne ressentant plus de malaise et éprouvant même un plaisir lorsque son partenaire lui touche les seins. Bien qu'en thérapie aucun travail spécifique n'ait été entrepris sur ses difficultés sexuelles, ce changement peut s'expliquer par le processus de libération d'affects négatifs, lors de son travail effectué sur ses deux frères abuseurs. L'ensemble de la thérapie a permis à la cliente de retrouver du pouvoir sur sa vie en devenant active au lieu de demeurer ancrée dans son schéma d'assujettissement, laissant présager une vision du futur rempli de projets et d'initiatives.

D'ailleurs, Denise envisage (après que les effets secondaires de son traitement se soit complètement dissipés) d'entreprendre un cours et de retourner sur le marché du travail, probablement en massothérapie. La thérapeute lui reflète que lors de la première entrevue, elle mentionnait qu'elle avait de la difficulté à toucher et à être touchée par les autres. « C'est pas bête, je me sens mieux et c'est une autre preuve. » Or ce choix de métier est directement relié au contact physique avec autrui. Cette orientation de carrière est une autre illustration du chemin parcouru par la cliente.

Un dernier atome social est réalisé, en replaçant à l'intérieur de celui-ci toutes les personnes significatives qui gravitent autour de la cliente, afin de

boucler la thérapie. Une reproduction de la première consigne donnée en tout début de thérapie permet de produire la figure 11 : cet atome représente les distances actuelles entre elle et ses proches. En regardant sa dernière production, Denise observe que, tout comme le tout premier atome (figure 3, entrevue 4, p.45) qu'elle a réalisé, elle place près d'elle, une de ses sources importante de soutien, ses amis et les membres du groupe Al-Anon qu'elle fréquente (étant inclus dans « cercle d'amis » à la figure 11). Denise dit avoir disposé son cercle d'amis à proximité d'elle, de façon à pouvoir s'assurer d'être protégée de ses dinosaures familiaux (son père, ses grands-parents, ses frères Gilles et Yvon) et de pouvoir y recourir facilement. Dans cette dernière ébauche, Denise rajoute le bébé dont elle s'est fait avorté qu'elle nomme et considère comme un ange qui veille sur elle. Dans ce dernier atome, elle dispose les personnes plus près d'elle, regroupées par dénominateur commun (cercle d'amis, beaux-parents) en occupant l'espace de façon plus aérée. La cliente structure son dernier atome de manière plus lisible que le premier, suggérant ainsi une manière de concevoir ses relations interpersonnelles de façon moins complexe et plus harmonieuse. La cliente est allée, pour la première fois, chez un photographe professionnel pour prendre des photos de famille avec son conjoint et son fils. Plusieurs clichés ont été pris d'elle et son fils, en couple et les trois réunis. Ce geste illustre sans doute l'importance renouvelée des valeurs familiales et de son mieux être.



Figure 11. Atome social final.

Évaluation post-thérapie

Avec l'accord de la cliente, une deuxième administration de l'Inventaire Clinique Multiaxial de Millon-III (MCMI-III) est effectuée comme mesure post-test afin d'évaluer de façon objective les progrès réalisés par la cliente en thérapie. Bien que la validité du test soit questionnable lors de cette seconde passation, l'interprétation qualitative du test permet de constater des changements (pré et post thérapie) au niveau de la personnalité de la cliente. Il est à noter que la cliente, en fin de thérapie, ne répond plus aux critères d'une population clinique pour laquelle ce test a été standardisé. En conséquence, il est normal de constater une différence dans les échelles de validité comparativement au pré test qui répondait alors positivement aux critères de validité. Dans cette dernière passation, l'échelle de validité « disclosure » (disposition à se dévoiler) indique une « forte tendance à nier des problèmes personnels, des symptômes, et des sensations négatives et a répondu au questionnaire avec un ensemble de réponses défensives » (extrait du rapport d'interprétation fourni par le logiciel du MCMI-III adapté en français par Mario Sirois, 2002) pouvant invalider le profil du test. Ce résultat s'explique facilement en raison des progrès personnels réalisés avec la thérapie qui ont permis une résolution des problèmes que rencontrait la cliente. Elle ne nie pas ses problèmes, elle les a solutionnés.

Au niveau des différences (pré et post-test), tout ce qui ressort significativement comme changement à l'intérieur des échelles cliniques est une augmentation des échelles de personnalité histrionique (9 points de différence) et narcissique (18 points de différence). Cette constatation suggère ainsi une augmentation de son estime de soi et de sa valeur personnelle à la suite du processus thérapeutique.

« Les recherches empiriques ont établi que plusieurs groupes non-cliniques atteignent une élévation sur l'échelle 5 (narcissique). Ces personnes auraient une conduite confiante avec un regard sur soi élevé, une apparence socialement charmante et possiblement une recherche d'attention en tant que style de personnalité mais non en tant que trouble narcissique » (extrait du rapport d'interprétation fourni par le logiciel du MCMI-III adapté en français par Mario Sirois, 2002).

Aucun indice de trouble délirant n'est présent cette fois-ci comparativement à la première évaluation (voir entrevue 2). Les résultats du MCMI-III suggèrent donc, au niveau de la personnalité de la cliente, une amélioration de sa perception d'elle-même.

Dans le présent chapitre, les 17 entrevues réalisées auprès de la cliente ainsi que le processus thérapeutique ont été détaillés. Les objectifs initiaux du plan d'intervention : apprendre à s'affirmer, à mettre ses limites et à les maintenir; être capable de structurer son fils avec amour et fermeté; apprendre à dire « non » à des demandes de son entourage; comprendre pourquoi elle se retrouve dans des relations violentes et apprendre à s'affirmer dans ses relations avec les hommes et travailler sur les difficultés sexuelles rencontrées

par la cliente, ont tous été atteints par la thérapie. Le chapitre suivant présente le syndrome de l'hépatite C, sa prévalence et son traitement en relation avec le vécu de Denise en cours de thérapie.

CHAPITRE TROIS

L'HÉPATITE C

L'HÉPATITE C

Ce chapitre est entièrement consacré à la maladie de l'hépatite C et son traitement. Le choix d'insérer cette section à l'intérieur de l'essai plutôt qu'en appendice vient de l'impact majeur que cette maladie et son traitement ont eu dans la thérapie. Ces informations permettent également une compréhension des enjeux qui seront touchés dans la discussion. De plus, ce chapitre présente l'évolution de la cliente strictement en regard de son traitement médical. L'événement d'une psychose toxique, comme effet indésirable du traitement, est également élaboré.

Quelques statistiques

Le virus de l'hépatite C (VHC) toucherait plus de 300 000 Canadiens soit près de 0,8 % de la population canadienne. Au niveau mondial, ce chiffre augmente à 3%, soit environ 170 millions de personnes (Association canadienne des infirmières d'hépatologie, n.d. ; Vadeboncoeur et Veilleux, 2004). Santé Canada a relevé, grâce au sommaire des maladies obligatoires dont fait partie l'hépatite C, plus de 47 000 nouveaux cas de personnes atteintes du VHC entre 1996 et 1999 (HepNet, 1999). Près de 5 000 canadiens contractent l'hépatite C chaque année (Société canadienne de l'hémophilie, 2004a). Ce virus se contracte par contact sanguin direct, le plus souvent par

l'échange de matériel (seringues, garrots, tampons, cuillères, pailles, etc.) pour la consommation de drogue injectable (54% des utilisateurs de drogues injectables sont infectés en moins d'un an et 83% à cinq ans). Le risque de transmission par voie sexuelle est de 1% par année d'exposition. La transmission aux nourrissons par la mère est d'environ 4 à 10% selon les études. Le risque de contamination par transfusion sanguine est de 10%, mais depuis 1992 le risque a été significativement réduit par les organismes des banques de sang suite aux mesures de sécurité resserrées (moins de 0,01%). D'autres moyens de transmissions sont possibles comme le tatouage, le perçage et le partage d'objets d'hygiène personnelle (rasoir, coupe-ongles, brosse à dent, etc.), mais ils représentent un faible pourcentage (Franciscus & Highleyman, 2004 ; Steben, 2003 ; Vadeboncoeur & Veilleux, 2004).

QU'EST-CE QUE L'HÉPATITE C ?

Le terme hépatite signifie inflammation du foie. De 15 à 25% des infections aiguës au VHC guérissent spontanément. Par contre, jusqu'à 80% des personnes initialement infectées par le VHC peuvent devenir chroniquement infectées. La plupart des personnes atteintes de façon chronique ne présente pas de symptômes et mène une vie normale. Toutefois, dans 10 à 25% des cas, la maladie évolue lentement (sur plusieurs années, 10 à 40 ans) et peut

entraîner de graves lésions du foie, une cirrhose ou un cancer. Cette maladie est la principale cause de greffe du foie (Franciscus & Highleyman, 2004 ; Rebeton, n.d ; Steben, 2003). Les signes et symptômes et l'hépatite C sont très variés selon les stades de la maladie, infection aiguë (moins de 6 mois) : symptômes grippaux, fatigue, faiblesse, fièvre, sueurs nocturnes, perte d'appétit, perte de poids, nausées, vomissements, diarrhée, constipation, jaunisse, indigestion, céphalée, douleurs musculaires ou articulaires, douleurs abdominales, ballonnement abdominal et problèmes dermatologiques. Au stade chronique on rajoute à ces symptômes : dépression, troubles de l'humeur, confusion mentale légère, vertiges, troubles de la vision, de l'arthrite, du lichen plan (affection dermatologique causant des démangeaisons extrêmes et l'apparition de grandes taches rouges sur le corps), de la porphyrie cutanée tardive (formation de vésicules sur les parties du corps exposées à la lumière du soleil), une encéphalopathie hépatique (pouvant entraîner des troubles du sommeil, de la confusion, une agitation et un coma), de l'ascite (accumulation de liquide dans l'abdomen), des varices oesophagiennes (engorgement des veines de l'estomac et de l'œsophage en raison de la diminution de la circulation sanguine au niveau du foie), de l'œdème (accumulation de liquide au niveau des pieds et des jambes engendrant une enflure), etc. (Franciscus & Highleyman, 2004 ; Rebeton, n.d ; Société canadienne de l'hémophilie, 2004c ; Steben, 2003). Malheureusement au Québec, le dépistage du VHC ne se fait pas de façon automatique comme c'est le cas pour l'hépatite A et B lorsqu'une

demande de tests pour des maladies transmises sexuellement est faite par le patient à son médecin (Franciscus & Highleyman, 2004 ; Steben, 2003).

Selon plusieurs auteurs (Société canadienne de l'hémophilie, 2004a ; Vadeboncoeur et Veilleux, 2004), le choc du diagnostic du VHC représente une période difficile pour 70% des personnes infectées. Il s'en suit une période de questionnement concernant l'avenir, les traitements possibles et leurs taux de réussite, la réaction de l'entourage à la divulgation de la nouvelle, une inquiétude d'avoir contaminé autrui (conjoint, enfants, don de sang, etc.). Des sentiments d'injustice, d'impuissance, de découragement, de culpabilité, de solitude, de dépression, de panique et de colère peuvent être présents.

LE TRAITEMENT PAR REBETRON

Le VHC peut prendre la forme de six génotypes : 1a, 1b, 2a, 2b, 3, 4, 5 et 6. Les génotypes 1a et 1b sont les plus difficiles à traiter. Le génotype 2 et 3 semble bien répondre au traitement par Rebetrone. Ce traitement (disponible sur ordonnance depuis 1999 au Canada) est une combinaison de deux substances, l'interféron alpha-2b et la ribavirine. (Franciscus & Highleyman, 2004 ; HepNet, 2004). Le traitement s'étale sur une période de 24 semaines. La ribavirine se prend sous la forme de comprimés oraux de 200 mg. La dose habituelle durant

le traitement oscille entre 1000 à 1200 mg par jour. L'interféron alfa-2b est offert sous forme de solution injectable de 3 millions d'unités à une fréquence de trois fois semaine que le patient s'injecte lui-même (Monographie de Rebetrone, 2003). Les résultats d'efficacité, constatés six mois après la fin du traitement, démontrent que 41% à 66% (pourcentage variant d'une étude à l'autre mais généralement dans cet intervalle) des patients ayant le génotype 2 ou 3 sont testés négativement, donc sous le seuil de détection du VHC dans leur sang (Franciscus & Highleyman, 2004 ; HepNet, 2004 ; Association canadienne des infirmières d'hépatologie, n.d.).

Les effets secondaires liés au traitement

Plusieurs effets secondaires peuvent apparaître tout au long de ce traitement. Parmi les plus fréquents, selon le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS, 2004), on retrouve :

- La principale réaction défavorable est une anémie hémolytique.
- Troubles au point d'injection : Inflammation au point d'injection, irritations ou bleus aux points d'injection ;
- Troubles du système nerveux autonome : bouffées vasomotrices, sécheresse de la bouche, transpiration profuse ;
- Troubles intéressant tout l'organisme : asthénie (affaiblissement général de l'organisme), douleur thoracique, érythème (rougeur de la peau), fatigue, fièvre, céphalée, symptômes pseudo-grippaux (céphalée, fatigue, myalgie et fièvre), malaises, tremblements, douleurs au quadrant supérieur droit, perte de poids, perte d'appétit ;
- Troubles des systèmes nerveux central et périphérique : étourdissement, paresthésie (trouble de la sensibilité comme picotement, fourmillement, etc.) ;

- Troubles de l'appareil digestif : douleur abdominale, anorexie, constipation, diarrhée, dyspepsie (digestion difficile), flatulences, nausées, vomissements, maux de dents ;
- Troubles de l'appareil locomoteur : arthralgies (douleur articulaire), Douleurs musculo-osseuses, myalgies (douleur musculaire) ;
- Troubles psychiatriques : agitation, anxiété, difficulté de concentration, dépression, labilité émotionnelle, insomnie, irritabilité, nervosité, somnolence ;
- Troubles de l'appareil reproducteur chez la femme : dysménorrhée (menstruation douloureuse), ménorragie (augmentation de l'abondance ou de la durée des règles), troubles menstruels ;
- Troubles des mécanismes de résistance : herpès, infection fongique, infection virale ;
- Troubles de l'appareil respiratoire : toux, dyspnée (difficulté à respirer, s'accompagnant d'une sensation de gêne ou d'oppression ; essoufflement), pharyngite, rhinite, sinusite ;
- Troubles de la peau et de ses annexes : alopécie (chute des cheveux ou des poils), prurit, éruptions cutanées, sécheresse de la peau, psoriasis, démangeaisons ;
- Troubles des organes des sens : dysgueusie (paresthésie gustative ou altération du goût,) ;
- Troubles visuels : conjonctivite, douleur oculaire, vision trouble.

De façon plus rare, il est possible d'avoir des effets secondaires (2 à 5% des cas selon le CPS, 2004 et qui ne sont pas relatés ailleurs comme effets plus courant) comme :

- Troubles du système nerveux autonome : troubles des glandes lacrymales ;
- Troubles intéressant tout l'organisme : allergie, blessures accidentelles ;
- Troubles de l'appareil cardiovasculaire : hypertension ;
- Troubles des systèmes nerveux central et périphérique : confusion, hypertonie (exagération du tonus musculaire), hypoesthésie (affaiblissement d'un type ou des différents types de sensibilité), baisse de la libido, tremblements, vertiges et migraine ;
- Troubles du système endocrinien : hyperthyroïdie et hypothyroïdie ;
- Troubles de l'appareil digestif : constipation, flatulences, gastro-entérite, glossite (inflammation de la langue), hémorroïdes, selles molles, stomatite ulcéro-membraneuse (inflammation des muqueuses buccales), troubles dentaires et maux de dents ;
- Troubles auditifs et vestibulaires : maux d'oreille, acouphènes ;

- Troubles de la fréquence et du rythme cardiaque : palpitations et tachycardie ;
- Troubles infectieux : abcès dentaires ;
- Troubles du foie et des voies biliaires : hépatomégalie (augmentation anormale du volume du foie) ;
- Troubles du métabolisme et de la nutrition : soif ;
- Troubles de la coagulation troubles hémorragiques et plaquettaires : ecchymoses ;
- Troubles de l'appareil reproducteur chez la femme : problèmes vaginaux, vaginite ;
- Troubles des mécanismes de résistance : otite moyenne ;
- Troubles de l'appareil respiratoire : bronchite, toux sèche, épistaxis (saignement du nez), congestion nasale, troubles respiratoires, rhinorrhée, infection des voies respiratoires supérieures ;
- Troubles de la peau et de ses annexes : dermatite, eczéma, éruptions érythémateuses, troubles cutanés ;
- Troubles de l'appareil urinaire : polyurie (quantité supérieur d'urine), infection des voies urinaires, urine anormale ;
- Troubles visuels : anomalies visuelles.

Autres effets secondaires non mentionnés dans le CPS mais relatés par d'autres sources (Association canadienne des infirmières d'hépatologie, n.d. ; Vadeboncoeur et Veilleux, 2004) : désorientation, comportement suicidaire, changement de personnalité, résurgence de dépendance à l'alcool ou aux drogues, diabète, thrombocytopénie (diminution du nombre de plaquettes pouvant accroître le risque de saignement ou de bleus) et des réactions allergiques : rougeurs, démangeaisons, urticaire, enflure des mains, du visage et de la langue ou difficulté soudaine à respirer. Inutile de spécifier que le taux d'abandon (19%) au traitement est relativement élevé (CPS, 2004). La lourdeur des effets secondaires constitue la principale raison de l'abandon du traitement (Altindag, Ozbulut, Ozen & Ucmak, 2001 ; Bozikas, Petrikis, Balla & Karavatos, 2001; Booner, Lyketsos, Onyike & Treisman, 2004; Hosoda et al., 2000). Seul le

Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (2004) fait mention dans ses mises en garde du danger au niveau du psychisme, sans spécifier le niveau des prévalences :

On a signalé des réactions défavorables graves d'ordre psychiatrique, y compris des dépressions et des comportements suicidaires (idées suicidaires, tentatives de suicide et suicides), des *psychoses* (entre autres, *des hallucinations*) et des comportements agressifs, [...] ayant ou non, des antécédents de troubles psychiatriques. [...] En général, ces réactions défavorables disparaissent à l'interruption du traitement (CPS, 2004, p.1645).

Les effets secondaires du traitement diffèrent d'une personne à l'autre notamment quant à leur fréquence, à leur intensité et à leur durée. Différents facteurs expliquent les différences rencontrées d'une personne à l'autre : l'âge, l'état de santé en général et la force de l'infection virale (charge virale) (Société canadienne de l'hémophilie, 2004c).

Défis cliniques dans l'intervention

Selon Vadeboncoeur et Veilleux (2004), plusieurs défis cliniques s'imposent au psychologue suivant un patient en traitement pour le virus de l'hépatite C. Parmi ceux-ci, on compte des volets très diversifiés comme :

1. faciliter l'expression et la régulation des émotions vécues à la suite du diagnostic ;
2. informer les personnes vivant avec le VHC et leurs familles quant à la nature et au caractère temporaire des effets indésirables probables du traitement afin soient mieux à même de s'y adapter ;

3. effectuer un examen psychologique préalable et en cours de traitement ;
4. favoriser l'adhésion aux thérapies médicales, psychiatriques et psychologiques ;
5. favoriser l'abstinence de la consommation d'alcool ou de drogues ;
6. favoriser la réduction du risque de transmission ou de réinfection au VHC (p.20).

Il est également pertinent de rajouter un septième défi : assurer un support adéquat au client tout au long du traitement pour aider le client à gérer la détresse psychologique entraînée par les nombreux effets secondaires du traitements. Et ce, sans oublier les coûts financiers (ce médicament n'est pas entièrement défrayé par le régime d'assurance maladie du Québec et en raison de l'absentéisme au travail liée aux effets secondaires) engendrés par celui-ci. Les coûts mensuels du traitement varient entre 1 600\$ et 2 300\$ (Société canadienne de l'hémophilie, 2004c). Plusieurs ressources sont disponibles pour venir en aide financièrement aux patients en traitements : les régimes d'assurance santé privés, le centre des réclamations pour les recours collectifs de l'hépatite C 1986-1990, l'Assurance-emploi et la Sécurité du revenu (qui peuvent donner des prestation d'invalidité, avec attestation médicale, pour les personnes devant cesser de travailler). Pour les gens qui ne possèdent pas d'assurance santé privé, il existe un programme d'aide C.A.R.E. (Canadian Advisory Reimbursement Exchange) qui prévoit un remboursement pour les personnes qui éprouvent des difficultés financières (Société canadienne de

l'hémophilie, 2004b). Ces dispositions demandent plusieurs démarches du patient ainsi que beaucoup d'énergie. Ce volet implique également d'encourager la personne à persévérer dans son traitement malgré la tentation possiblement forte de l'abandonner, à moins d'avis médical contraire. Dans la ville de Québec et ses environs, le suivi médical est supervisé par des gastroentérologues et des infirmières (il n'y pas d'hépatologue dans cette région). Les ressources d'entraides sont quasi inexistantes sauf pour quelques organisations informelles. Donc, les personnes en traitement pour le VHC peuvent ressentir beaucoup de solitude devant le peu de support et de ressources disponibles.

DENISE ET L'HÉPATITE C

Revenons au cas de Denise, elle apprend par hasard lors de tests médicaux d'une compagnie pharmaceutique pour une étude à laquelle elle souhaitait participer, qu'elle est atteinte d'hépatite C. Elle avait toutefois passé peu de temps auparavant des tests de dépistages pour des maladies transmissibles sexuellement (incluant l'hépatite A, B et le VIH) qui se sont avérés négatifs. Par des analyses plus poussées (bilan sanguin, biopsie hépatique), elle découvre qu'elle transporte ce virus depuis au mois douze ans et qu'elle a des fibroses (lésions) au niveau du foie. Une période de choc d'une

durée d'un mois se manifeste par des douches d'eau bouillante, des inquiétudes concernant la possibilité d'avoir infecté son fils et ses conjoints antérieurs, de possibilité de contamination par des dons de sang qu'elle avait effectués. Une hypervigilance est présente pour tout objet (couteaux, rasoirs) ou toute situation (désinfecter le banc de toilette lors de ses menstruations) pouvant accroître le risque de transmission de la maladie. L'investigation pour le VHC s'est avérée négative pour son fils, le père et son conjoint actuel. Elle ignore le résultat en ce qui concerne son premier partenaire qui a également été prévenu.

Le VHC chez Denise est présent sous la forme du génotype 3A. En conséquent, le corps médical lui propose rapidement le traitement par Rebetron qu'elle accepte, voulant ardemment prolonger sa qualité de vie. Son traitement, d'une durée de 6 mois, lui a occasionné plusieurs effets secondaires comme de la fatigue, des éruptions à fleur de peau, un état dépressif, des céphalées, des douleurs musculaires, de la fièvre, des symptômes pseudo grippaux, de légères pertes de mémoire, des hémorroïdes, de la constipation, des diarrhées, des problèmes de peau, une sécheresse de la bouche, de l'anxiété, des troubles du sommeil (insomnie), une perte de cheveux, une diminution de l'appétit, une perte de poids, désorientation, confusion, irritabilité, des difficultés de concentration et d'attention, un état psychotique aigu, etc. De plus, le médicament de l'hépatite C par Rebetron est

un traitement dispendieux (environ 12 000\$ pour 6 mois), qui n'est pas entièrement couvert par le Régime d'Assurance Maladie du Québec (RAMQ) ce qui a entraîné des coûts considérables pour la cliente ayant un faible revenu et ignorant les ressources d'aide financière. Lorsque Denise est devenue prestataire de la Sécurité du Revenu, une bonne partie des frais fut couverte. Ce n'est que plusieurs mois après son traitement qu'elle a recouru au programme C.A.R.E. pour obtenir un remboursement complet des déboursés du médicament.

La cliente dit avoir trouvé difficile le contact avec son gastroentérologue. Elle mentionne avoir l'impression qu'il la traitait comme si elle était toxicomane. Elle ne se sentait pas écoutée ni prise au sérieux. Toutefois, elle dit avoir été très bien encadrée par son infirmière, qu'elle rencontrait plus fréquemment et à qui elle pouvait téléphoner au besoin pour toute question relative à son traitement.

PSYCHOSE TOXIQUE COMME EFFET INDÉSIRABLE DU TRAITEMENT

Très peu d'études font mention de la possibilité que le traitement par Rebetrone puisse engendrer une psychose toxique comme ce fut le cas pour Denise. Une recherche approfondie sur la banque de données PubMed a

permis de recenser seulement quatre études portant sur le sujet dont trois aux États-Unis et une en Allemagne (Hoffaman et al., 2003 ; Onyike, Bonner, Lyketsos & Treisman, 2004 ; Kornischka, Burtscheidt & Gaebel, 2002 ; Himelhoch, 2001). À partir de ces études, il fut possible de faire le lien avec d'autres recherches supplémentaires. Il demeure néanmoins difficile d'accéder à de l'information sur ce sujet. La plupart des articles recensés font état d'études de cas isolés en spécifiant toutefois que cet effet secondaire est souvent observé. Il semble que la substance engendrant la majorité des effets secondaires d'ordre psychiatrique soit l'interferon sous ses différentes formes : interferon- α , interferon- α -2a, interferon- α -2b, interferon- β (Bozikas et al., 2001 ; Onyike et al., 2004 ; Hosoda et al., 2000).

Une étude menée par une équipe de médecins au Japon (Hosoda et al., 2000) sur 943 patients atteints d'hépatite C chronique traités avec l'interferon démontre des données fort intéressantes. De leur échantillon initial, 43 patients (4,6%) ont développé des effets secondaires au traitement d'ordre psychiatriques. Les auteurs divisent ces résultats en quatre catégories : 3 patients (0,3%) avaient des désordres psychiatriques préexistants et on vu augmenter leur symptomatologie ; 13 patients (1,4%) ont développé des symptômes anxieux incluant : anxiété, insomnie, diminution de l'appétit, maux de tête, irritabilité et rumination lors du coucher (tous les sujets ont pu compléter le traitement dans sa totalité) ; 21 patients (2,2%) ont développé des

symptômes dépressifs se manifestant par de la dépression, de l'anxiété, de l'insomnie, de l'agitation et de l'irritabilité, une diminution de l'intérêt, une diminution de l'appétit, une perte de motivation, un malaise, une inhibition de la pensée, un sentiment de persécution, une diminution de l'attention et des idéations suicidaires (en raison de ces effets secondaires, 5 patients ont dû abandonner le traitement) ; 6 patients (0,6%) ont manifesté des désordres de types psychotiques incluant : des hallucinations auditives et visuelles, des délires de persécution et culpabilité, des délires de grandeur, de l'anxiété, de l'insomnie, des troubles de l'attention, des épisodes de manie, de l'hyperactivité, de l'irritabilité, un sentiment dépressif, des dépressions, une désorientation, de la nervosité. De ces patients, cinq ont dû interrompre le traitement en raison de cet effet secondaire. De tous les patients ayant développé des symptômes psychotiques en lien avec le traitement, aucun n'avaient un passé de maladie psychiatrique. Bien que les chances de développer des symptômes psychotiques comme effets indésirables du traitement soient plutôt faibles, il n'en demeure pas moins qu'elles sont présentes et que les patients autant que les médecins traitants semblent peu informés de cette possibilité. En général, les états psychotiques se résorbent d'eux même à l'arrêt du traitement (Schäfer, Boetsch & Laakmann, 2000 ; CPS, 2004). D'autres études font mention de la nécessité d'un traitement temporaire à l'aide d'une médication antipsychotique pour traiter ces manifestations avec extinction totale, pour la majorité des cas, des symptômes

peu de temps (quelques jours) après la fin du traitement pour l'hépatite C sans rechute plusieurs mois plus tard. (Altindag & al., 2001 ; Bozikas et al., 2001 ; Onyike et al., 2004 ; Hosoda et al., 2000). Dans de rare cas, un traitement médical au long court s'avère nécessaire (Hosoda et al., 2000).

Plusieurs fois, Denise a songé à abandonner son traitement étant découragée par les effets indésirables y étant associés. À partir de la douzième semaine de traitement, les bilans sanguins sont devenus négatifs à l'hépatite C, donc en dessous du seuil de détection. Un mois après la fin du traitement les tests maintiennent l'absence d'hépatite C suggérant un succès du traitement médical. Aujourd'hui, elle participe activement à l'Association pour l'hépatite C, qui fait actuellement des pressions pour que lors des tests de dépistage des maladies transmises sexuellement, soit systématiquement incluse l'hépatite C au même titre que le sont les hépatites de type A et B.

À l'intérieur de ce chapitre, une vulgarisation de la maladie de l'hépatite C chronique et du traitement médical pour enrayer celle-ci, a permis de comprendre l'importance de l'incidence de l'aspect médical dans la thérapie. Ainsi, le lecteur peut maintenant envisager de façon plus éclairée pourquoi la thérapeute a accordé autant de place à l'intérieur de la thérapie sur ce sujet, afin de soutenir la cliente dans son traitement.

CHAPITRE QUATRE

DISCUSSION

DISCUSSION

Ce chapitre final, permet d'approfondir une réflexion sur plusieurs points concernant la psychothérapie qui fait l'objet de cet essai. Ainsi, les enjeux institutionnels influençant le cadre de la thérapie, l'approche du thérapeute, l'évolution des objectifs à travers le processus thérapeutique, l'utilisation de l'atome social et l'interférence du volet médical dans la thérapie seront discutés.

LA PERSONNE AVANT L'INSTITUTION

Un dilemme important pour l'intervenante fut présent tout au long du processus thérapeutique, soit celui de respecter le cadre d'intervention prôné par l'établissement ou de respecter le rythme de la cliente, les deux étant difficilement compatibles.

Dans le contexte des restrictions budgétaires gouvernementales où il faut faire plus avec souvent moins, le cadre d'intervention en CLSC privilégie une approche de traitement court terme de dix rencontres ou moins, où les objectifs thérapeutiques retenus sont ceux réalisables dans ce laps de temps. En effet, l'établissement offre gratuitement des services à la population tout en ayant un

effectif d'intervenants limité, ce qui engendre une liste de nombreux clients en attente de traitement. Les délais peuvent aller jusqu'à quatre mois, selon la priorisation des cas en fonction de l'urgence des besoins et les disponibilités des intervenants. Une grande pression implicite et même parfois explicite de l'administration et des coordonnateurs cliniques est exercée sur les intervenants afin d'obtenir un bon roulement des dossiers et un nombre de cas élevé par employé, dans le but de toujours tenter de faire baisser la liste d'attente et d'augmenter la productivité. Pour cette raison, les objectifs des plans d'intervention sont souvent amoindris pour les rendre atteignables en dix rencontres. Si la thérapie excède 10 rencontres, la charge de cas des intervenants continue d'augmenter. La thérapeute, intervenante dans la présente étude de cas, bien qu'interne en psychologie, ressent aussi cette pression de rentabilité pour l'établissement.

D'un autre côté, l'objectif de la thérapie est de favoriser des changements à long terme chez le client afin d'améliorer sa qualité de vie et d'éviter le phénomène de la porte tournante. Ce phénomène, fréquemment observé, se manifeste par des clients qui font plusieurs demandes de consultation pour des motifs semblables ou différents, à répétition, entraînant une sur-utilisation par une minorité, des services du système de santé. Or, l'instauration de changements permanents chez un client nécessite souvent plus de dix rencontres. Voici l'impasse thérapeutique devant laquelle plusieurs des

intervenants du secteur public se retrouvent trop souvent. Une vision à plus long terme permet de constater qu'il est souvent plus efficace à moyen et à long terme de prendre le temps nécessaire pour compléter une thérapie en permettant au client d'effectuer des changements plus en profondeur et de régler certaines problématiques de façon permanente. Cette approche moins impressionnante en terme de statistiques à court terme permet à moyen et à long terme de diminuer la souffrance humaine et le retour en thérapie.

Et le client dans toutes ces contraintes de gestion ? Chaque personne a une histoire qui lui est propre tout comme ses mécanismes d'adaptation pour composer avec les difficultés qu'elle rencontre. En conséquence, la durée du traitement est aussi variable selon la problématique rencontrée par la personne, sa capacité d'introspection et sa personnalité. Un facteur important joue souvent dans la durée de la thérapie : les ressources personnelles et contextuelles du client. Entre autre, un réseau social significatif, adéquat et soutenant facilite très souvent la résolution des difficultés rencontrées et le maintien des acquis à la suite de la thérapie. Toutefois, les personnes disposant de peu de ressources internes nécessitent un suivi plus intensif afin de surmonter les obstacles rencontrés. En imposant une approche court terme aux clients, on leur demande ainsi de s'adapter au cadre de l'établissement alors que lorsqu'ils viennent consulter, leurs mécanismes d'adaptation sont souvent déjà épuisés, sinon surtaxés. Doit-on pénaliser les clients qui consultent dans le réseau public en

raison de leur faible revenu ? Cette question fut posée aux administrateurs de l'établissement lors de la première réunion de gestion à laquelle la thérapeute a participé, sans toutefois avoir obtenu de réponse satisfaisante. La position du thérapeute, face à ce dilemme éthique et moral, est que la personne, peu importe l'endroit où elle choisit de consulter pour obtenir de l'aide, et ce peu importe son niveau de revenu, a le droit d'obtenir un service de qualité, adapté à ses besoins. Les Agences de Développement de Réseaux Locaux de Services de Santé et de Services Sociaux (ADRLSSSS) qui gèrent les budgets des Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS) devraient prendre en compte que la mission première des CLSC, dont la nouvelle appellation bientôt en vigueur sera des Centres Communautaires, est d'offrir des services à la population dans leur milieu et non de tenter d'amener la clientèle à s'adapter aux différents programmes qu'offre l'institution en privilégiant une approche d'ordre médicale centrée sur l'aspect curatif au détriment du plan préventif (CSN, 2003).

La thérapeute a fait le choix de prioriser le bien-être de la cliente en effectuant une thérapie de 17 entrevues échelonnées sur une période de sept mois. Certes, son statut d'interne en psychologie lui a permis, ayant l'université derrière elle et le soutien d'un formidable tuteur l'encourageant à développer son autonomie professionnelle, de déborder le cadre prôné par l'établissement. Toutefois, en tant qu'employé, ce choix serait à réévaluer sachant les

conséquences liées à cette liberté vis-à-vis le cadre administratif. Par contre, l'autonomie professionnelle permettrait toujours de justifier ce choix de prolonger la thérapie en raison de l'état psychologique de la cliente et de son bien être éventuel au-delà de dix séances. Donc, avec Denise, la mise en place d'objectifs à plus long terme fut possible tout en prévenant le déplacement des symptômes. Si l'optique du traitement à court terme avait été maintenue, il est fort probable que l'objectif du plan d'intervention aurait été centré sur l'amélioration de ses capacités parentales auprès de son fils. Certes, ce type de traitement aurait sûrement amélioré sa relation avec son fils mais les problèmes plus larges d'affirmation de soi et de relation avec ses conjoints seraient sans doute demeurés inchangés et seraient toujours présent.

UNE APPROCHE ÉCLECTIQUE

Compte tenu du cadre institutionnel court terme, l'approche thérapeutique cognitivo-comportementale est souvent privilégiée parce qu'elle met l'accent principalement sur les symptômes et les comportements inadéquats de la personne qui consulte. Toutefois, ayant choisi une optique de traitement à plus long terme, la thérapeute a utilisé des techniques et des outils d'intervention appartenant à différentes approches théoriques. En effet, plusieurs outils et concepts sont empruntés à l'approche cognitivo-comportementale : le modèle

ABC, la restructuration cognitive (Chadwick et al., 2003) ; à l'approche gestaltiste : l'analyse de rêves et la technique de la chaise vide (Polster & Polster, 1973) ; à la sociométrie : l'atome social (Moreno, 1970) ; à l'approche humaniste par l'importance accordée à l'alliance thérapeutique, à la relation et aux émotions (Rogers, 1951) ; à la psychoéducation : le soutien accordé au niveau du vécu quotidien de la cliente (Gaberan, 2003) ; au travail social : la dimension communautaire et l'accent mis sur l'utilisation des organismes extérieurs à l'établissement, etc. (Dufort & Guay, 2001). De par sa formation hybride, la thérapeute en recherche d'identité professionnelle, ne se reconnaît pas encore dans une école de pensée particulière. En effet, la thérapeute, outre son baccalauréat et son doctorat (en cours) en psychologie détient également une formation collégiale d'éducatrice spécialisée et un certificat de premier cycle en santé mentale complété dans le cadre des soins infirmiers. Ayant œuvré durant de nombreuses années dans des organismes communautaires, parapubliques et publiques, au quotidien auprès de la clientèle comme éducatrice spécialisée, la thérapeute est influencée par son expérience antérieure et a du s'adapter au travail très différent qu'impose la pratique de la psychologie.

Sa philosophie d'intervention l'amène à percevoir son client dans son histoire de vie tout en tenant compte de l'ensemble de son système social et de son environnement. Ainsi, le choix d'une méthode d'intervention est faite en

fonction de répondre le plus adéquatement possible au besoin manifesté par le client, et non de façon à demeurer fidèle à une école de pensée. Dolan (1996) souligne d'ailleurs un point important dans l'intervention : « Pour être efficace, les techniques thérapeutiques doivent être chaque fois réinventées grâce à la créativité du thérapeute, de manière à offrir à chaque patient une réaction personnalisée et sensible. » (p.viii). Ainsi, désirant demeurer collée aux besoins de sa cliente, la thérapeute choisit et adapte ses outils en fonction de ce qui lui paraît être le plus pertinent pour sa cliente. Pour ce faire, un plan et un cadre d'intervention flexible sont privilégiés afin de respecter le rythme de la cliente et l'évolution de sa problématique.

ÉVOLUTION DES OBJECTIFS DE DÉPART

Les objectifs du plan d'intervention déterminés en début de thérapie ont été maintenus tout au long du processus :

Objectif général : Apprendre à s'affirmer, à mettre ses limites et à les maintenir.

Objectifs spécifiques :

1. Être capable de structurer son fils avec amour et fermeté ;
2. Apprendre à dire « non » à des demandes de son entourage ;
3. Comprendre pourquoi elle se retrouve dans des relations violentes et

apprendre à s'affirmer dans ses relations avec les hommes et travailler sur ses difficultés sexuelles.

Une modification a été effectuée en cours de route pour tenir compte de la détresse psychologique engendrée par le traitement médical de l'hépatite C de la cliente. L'ajout d'un soutien ponctuel et d'un espace pour ventiler sur la souffrance quotidienne de son traitement, au début de chaque rencontre, s'est avéré nécessaire à partir de la quatrième entrevue afin de pouvoir poursuivre le processus thérapeutique et aider la cliente à travers cette dure épreuve que constitue le traitement de son hépatite C.

Certains objectifs du plan d'intervention ont été travaillés de façon directe tandis que d'autres l'ont été de manière détournée, sans aborder explicitement le symptôme rapporté par la cliente. Ainsi l'affirmation de soi a été, tout au long du processus thérapeutique, explorée à l'aide d'un volet apprentissage des modes de communication et de l'utilisation du modèle ABC afin de travailler à partir de situations concrètes les distorsions cognitives de la cliente. Denise, se retrouvant dans un schéma de base d'assujettissement au début de la thérapie, devait prendre conscience de sa position soumise lorsqu'elle est en interaction avec autrui. Pour ce faire, l'utilisation du modèle ABC lui a permis de s'auto-observer dans ses relations interpersonnelles et de réaliser le mode d'interaction « soumise » qu'elle utilise, ainsi que les avantages et les inconvénients de celui-ci dans sa vie quotidienne. Pour modifier cette tendance

à la soumission, la cliente fut amenée à modifier cette tendance par un processus de restructuration cognitive et de modification de ses croyances de base. Jusqu'ici, les méthodes de traitement utilisées sont directement corrélées avec son motif de consultation et les objectifs de travail.

Toutefois, visant un changement sur les attitudes de base de la cliente (sur sa position de vie), un travail plus en profondeur s'impose. Pour ce faire, une conscientisation et une compréhension de son schéma relationnel s'avère nécessaire : son origine et son déploiement, en réalisant l'impact de ce dernier dans le développement de sa personnalité et des conséquences dans sa vie actuelle ainsi que des moyens pour le modifier. Un retour dans le passé, en lien avec ses relations primaires au niveau de sa famille d'origine, a permis de mettre ce processus en relief. Ainsi, la cliente a pu comprendre ce qu'implique son schéma d'assujettissement (Young & Klosko, 2003) et comment celui-ci s'est développé au fil des années. L'atome social, technique sur laquelle nous reviendrons dans la prochaine section, fut le moyen privilégié pour saisir la dynamique familiale ayant contribué à l'établissement de ce schéma. Elle découvrit entre autre chose la répétition à travers plusieurs générations de schémas comportementaux déficients. Afin de briser ce cercle vicieux datant de plus de trois générations et surtout ne souhaitant pas donner ce modèle à son fils, la cliente a pris le temps nécessaire pour effectuer une introspection en profondeur afin de s'affranchir de certains événements de sa vie ou des

personnes ayant encore une influence indirecte sur elle aujourd'hui. Par exemple, en confrontant virtuellement son père, la cliente a pu ainsi lui enlever le pouvoir qu'elle lui donnait toujours sur sa vie et en reprendre le contrôle. Cette expérience fut un point tournant de la thérapie par le nouvel ancrage créé modifiant son regard sur elle-même. En affrontant la personne qu'elle craignait le plus, dans l'espace sécurisant de la thérapie, la cliente pu rebâtir son estime de soi entraînant ainsi un déblocage important au niveau de l'affirmation de soi.

Le retour sur ses relations familiales a permis une ouverture sur l'inceste subi de ses deux frères. Ce processus de libération et de reprise de pouvoir sur son corps lui a permis de comprendre et d'exorciser les difficultés vécues au plan sexuel. L'inceste, peu importe le degré auquel il est vécu, cause des ravages importants par l'immixtion d'un être proche, de son propre sang, dans l'intimité de la personne. Il en découle de nombreuses séquelles au niveau de l'image du corps, de la confiance en soi, de la perception du monde, de la vie, des relations intimes et de l'image de soi qui se construit en relation avec le sexe opposé. Denise a répété les abus qu'elle a subis durant son enfance par ses frères dans ses relations intimes en ayant des partenaires qui étaient violents envers elle. La position de victime fut maintenue jusqu'à ce qu'elle conscientise qu'elle a du pouvoir sur sa vie et qu'elle peut faire des choix pour elle-même. Lorsque des abus sexuels sont commis à répétition, la personne peut développer de la résignation acquise par la conviction qu'elle ne peut rien

changer à la situation qu'elle décide alors de subir en cessant de se débattre, croyant n'avoir d'autres choix. La reprise de pouvoir sur sa vie est une étape primordiale pour sortir du cercle vicieux des abus qui continuent d'influencer la vie de la personne à l'âge adulte. Aujourd'hui, Denise se dit satisfaite de sa vie de couple. Elle se fait respecter de son partenaire en appliquant rapidement ses limites. Elle dit jouir pour la première fois d'une vie sexuelle épanouie avec son partenaire, elle éprouve même du plaisir à se faire caresser la poitrine, ce qui constituait pour elle une zone érogène désagréable auparavant.

L'UTILISATION DE L'ATOME SOCIAL

L'atome social fut un des outils clé de la thérapie. Cette technique, qui fut modifiée et adaptée pour le présent suivi thérapeutique, a permis de rendre compte de l'évolution de la cliente tout au long du processus en thérapie.

Transformation de l'outil

À l'origine, l'atome social de Moreno (1970) fait référence à l'approche sociométrique, dans laquelle il représente la plus petite unité sociale vivante à l'intérieur du réseau social de l'individu. Cet outil peut être utilisé à l'intérieur de tout groupe naturel (ex. équipe de travail, groupe de classe, etc.) pour observer les phénomènes d'attraction et de répulsion au sein du groupe. La consigne

donné à la cliente pour l'ébauche de son premier atome social (voir figure 3, entrevue 4, 45) : « écrire son nom au centre d'une feuille et disposer autour de celui-ci le nom des personnes significatives (incluant sa famille d'origine) pour elle en fonction de leur importance dans sa vie actuelle », vise à dégager l'atome social de la cliente tel que conçu par l'approche sociométrique en laissant de côté la qualité des interactions entre la cliente et les individus inscrits, tout comme entre les individus eux-mêmes. Pour les besoins de la thérapie ainsi que pour faciliter la lecture des représentations dessinées par la cliente, la thérapeute décide par la suite de travailler uniquement avec le noyau familial d'origine en utilisant la perception de la cliente pour qualifier de sa relation avec chacun des membres. Ainsi, la figure 4 (entrevue 4, p.47) rend compte des modifications apportées. Ce choix, de travailler uniquement l'atome social avec le noyau familial, amène une perte d'information sur les relations interpersonnelles en général de la cliente. Elle permet toutefois de faciliter la compréhension des différentes dynamiques en jeux à l'intérieur de la famille qui se reproduisent également à l'extérieur de celle-ci.

Une seconde variation importante de l'outil original est apportée dans la légende qualifiant le lien affectif entre les individus. Dans la sociométrie, les liens entre les personnes sont qualifiés selon la sympathie, l'antipathie et l'indifférence, illustrant ainsi les phénomènes d'attraction et de répulsion à l'intérieur d'un groupe. Pour les besoins de la thérapie, l'intervenante a choisi

l'utilisation d'une légende souple afin de qualifier les relations de la cliente avec sa famille d'origine. Ainsi, au commencement du travail avec l'atome social, la thérapeute a soumis la légende suivante à la cliente afin de qualifier les relations affectives avec les membres de sa famille : relation très proche, satisfaisante, insatisfaisante ou ambivalente. Cette légende fut modifiée, tout en conservant ces premiers paramètres, par l'ajout d'un nouveau qualificatif afin de mieux représenter l'évolution de la cliente. Ainsi, l'ajout du qualificatif de « relation insatisfaisante mais non dérangeante » au fil du processus a permis à la cliente de préciser la nature des liens affectifs avec les membres de sa famille (voir figure 9, entrevue 16, p.117).

L'évolution de la cliente à travers l'outil

Les différents atomes sociaux réalisés rendent compte de l'évolution de la cliente à travers le processus thérapeutique. À quatre reprises, la cliente fut amenée à produire un atome social correspondant à sa vision actuelle de ses relations avec les membres de sa famille. La figure 10 (entrevue 17, p.121) regroupe ces quatre atomes sociaux.

Le premier atome social réalisé avec sa famille d'origine, lors de la quatrième séance (figure 4, p.47), démontre les mécanismes d'adaptation que la cliente a utilisés jusqu'à présent, afin de tenter de maintenir une image clivée

de sa réalité familiale. Toutes les relations avec les membres masculins sont de couleur rouge signifiant que la cliente trouve son lien avec ceux-ci insatisfaisant ou ambivalent. Ce clivage au niveau du genre (masculin ou féminin) donne une bonne indication de comment la cliente perçoit les relations interpersonnelles, envisageant les hommes dans un pôle négatif, comme étant des agresseurs et les femmes ayant parallèlement une position de victime. Cette vision des interactions sociales concorde avec son schéma d'assujettissement. C'est ainsi que Denise conçoit le monde en début de thérapie.

Lors de la septième entrevue, Denise est en mesure d'affronter la réalité au niveau de la dynamique de sa famille. C'est ainsi qu'au deuxième atome social (figure 7, p.65), un contraste important est observé par la manifestation d'une insatisfaction globale au niveau familial. À l'intérieur de cette représentation, aucun clivage n'est présent, démontrant les progrès réalisés par Denise pour remettre en question le rôle de chacun des membres de sa famille, lui permettant ainsi de comprendre l'impact et l'influence qu'ils ont eus dans sa vie jusqu'à aujourd'hui. La cliente reconnaît la complicité passive de sa mère ayant contribué au maintien de la violence au sein de la famille. Denise qui idéalisait son rôle, la voyant davantage comme une victime, reconnaît aujourd'hui sa déficience dans son rôle de parent protecteur de ses enfants. La relation avec ses sœurs a également évoluée : elle se rend compte de comment elles l'utilisaient, de façon plus sournoise que les hommes de sa famille, par

leurs nombreuses demandes, sachant que la cliente était incapable de leur refuser une faveur. C'est à ce moment que Denise réalise qu'elle transpose cette dynamique de sa famille d'origine auprès de son fils, de ses partenaires et dans l'ensemble de ses relations interpersonnelles. Par le choix de partenaires inadéquats et ses comportements de soumission, la cliente amenait progressivement son fils à prendre sa défense dans un renversement de rôle comme ce fut son cas avec sa propre mère. Son fils fut témoin des violences imposées à Denise par ses anciens conjoints et adoptait progressivement un rôle de protecteur et de soutien vis-à-vis sa mère. D'où la confusion du fils dans ses rôles de protecteur et d'enfant obéissant.

Parvenu au troisième atome social (figure 8, entrevue 11, p.88), il est possible d'observer un retour du balancier, par un nouvel équilibrage des couleurs à l'intérieur du dessin. Ayant repris du pouvoir sur sa vie, en réalisant qu'elle peut modifier les choses qu'elle n'aime pas et qu'elle est aussi responsable des choix qu'elle fait aujourd'hui, la cliente se mobilise en entamant un processus de libération de son passé afin de remettre à leur place les responsabilités dont elle a longtemps pris la charge. C'est ainsi que l'on voit apparaître à nouveau davantage de relations satisfaisantes et le retour de sa mère dans un espace très proche.

Somme toute, le dernier atome réalisé en fin de thérapie (figure 9, entrevue 16, p.117), est celui où Denise dessine le plus de traits verts. Elle se sent libérée de la charge de son passé. Pour la première fois, elle qualifie la relation avec ses frères abuseurs d'insatisfaisante mais non dérangeante, impliquant qu'elle ne leur pardonne pas leurs actes mais qu'elle s'est libérée de la colère et du ressentiment y étant reliés. À partir de ce moment, elle fait le choix conscient de retirer aux événements passés au sein de sa famille le pouvoir d'influer sur sa vie présente et de mettre en priorité son propre bien-être. Par cette décision, elle renforce tous les efforts qu'elle a fait en thérapie pour parvenir à s'affirmer auprès de son entourage.

L'utilisation de l'atome social a permis non seulement de rendre compte de l'évolution de Denise, mais il s'est aussi avéré un outil efficace pour qu'elle puisse constater par elle-même les changements progressifs qu'elle a effectués dans son système familial tout comme dans sa façon de percevoir autrui. Cette démarche l'aidera à s'approprier les résultats de la thérapie. De plus, Denise étant davantage visuelle, cet outil clinique fut tout à fait adaptée à son mode privilégié de rétention de l'information.

LES INTERACTIONS DU TRAITEMENT MÉDICAL AVEC LA THÉRAPIE

Le traitement médical de la cliente par Rebetron, pour contrer son virus de l'hépatite C (VHC), prit une place importante dans la thérapie. En effet, à mesure que les effets secondaires du traitement augmentaient, une détresse psychologique envahissante est apparue nécessitant d'incorporer un soutien psychologique à l'intérieur du processus thérapeutique pour aider la cliente à mener à terme son traitement. Le plan d'intervention initial est demeuré tout au long de la thérapie par le maintien des objectifs établis en début de parcours mais il fut toutefois indispensable de l'assouplir pour inclure un espace à l'intérieur des séances afin que la cliente puisse ventiler sur les effets et les inquiétudes liés à son traitement dans une optique de prévention de conséquences importantes au niveau physique et psychologique.

Conséquence sur l'état de santé de la cliente

Au niveau médical, des recherches (Cohen & Hébert, 1996 ; Fillion, 2000) dans la branche de la psychoneuroimmunologie (l'étude des interrelations entre le système nerveux central et le système immunitaire) ont mis en évidence que des facteurs psychologiques peuvent influencer le système immunitaire des patients atteints de maladies virales dont certaines mortelles comme les troubles respiratoires, les symptômes grippaux (dont l'influenza), l'herpès, la

vaccination, le cancer, le VIH, etc. Des facteurs psychologiques tels que le stress aigu et chronique, des affects négatifs, la dépression, un réseau social soutenant et des mécanismes de déni, peuvent influencer sur les indicateurs au niveau cellulaire et humoral du statut et de la fonction immunitaire (Cohen & Hébert, 1996). Selon ces auteurs, la maladie survient lorsque les défenses de notre organisme sont affaiblies ou qu'elles sont dans l'incapacité de reconnaître un micro-organisme étranger (virus). C'est pour cette raison que les variables psychologiques influençant le système immunitaire ont le potentiel d'influer sur l'apparition et la progression de certaines maladies. Le but ici, est de démontrer que la discipline médicale reconnaît l'apport des facteurs psychologiques par le domaine spécifique d'étude de la psychoneuroimmunologie, et non de préciser les mécanismes physiques et biologiques sous-jacents.

Un des bénéfices important de la présence d'un réseau social soutenant, dont la thérapie, est d'apporter à la personne un support émotionnel et une aide pour solutionner ses problèmes, amenant ainsi une meilleure capacité de gestion du stress. Comme il a été décrit au chapitre trois, les personnes atteintes du VHC peuvent vivre une gamme importante d'émotions négatives : sentiments d'injustice, d'impuissance, de découragement, de culpabilité, de solitude, de dépression, de panique et de colère, liées à la maladie (Société canadienne de l'hémophilie, 2004a ; Vadeboncoeur & Veilleux, 2004) tout comme à son traitement médical (Altindag et al., 2001 ; Bozikas et al., 2001 ;

Onyike et al., 2004 ; CPS, 2004 ; Hosoda et al., 2000 ; Association canadienne des infirmières d'hépatologie, n.d. ; Vadeboncoeur & Veilleux, 2004) par la lourdeur des effets secondaires qui constitue la principale raison de l'abandon du traitement. Plusieurs organismes reliés au VHC (Franciscus & Highleyman, 2004, Société canadienne de l'hémophilie, 2004a) suggèrent aux patients en traitement d'obtenir un soutien émotionnel par l'intermédiaire de son réseau social ou par une aide psychologique professionnelle.

Il est peu probable que la thérapie ait pu augmenter le malaise de la cliente malgré les thèmes parfois douloureux qui furent abordés. À la fin de chaque séance, la thérapeute a toujours pris soin d'identifier avec quelles émotions la cliente quittait la salle et si elle était en mesure de les gérer une fois rendue à la maison. Dans le contexte d'une solide alliance thérapeutique, la démarche en thérapie entreprise par la cliente, lui assura un lieu de sécurité où elle pouvait venir se réfugier lorsque son traitement devint plus difficile. La thérapeute adopta ainsi le statut de « base de sécurité » (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978), la cliente s'en éloignant lorsqu'elle reprenait confiance en elle et allant à sa rencontre lorsqu'elle se sentait faiblir. Ainsi, il n'est pas étonnant que la cliente se soit présentée au CLSC croyant avoir un rendez-vous avec sa thérapeute (entrevue 9) lorsqu'elle se retrouva en situation de détresse importante.

La thérapie, bien que le choix de la cliente de consulter en début de traitement fut relié à un autre objectif, permit un soutien important tout au long de son traitement médical. La cliente étant en consultation active, son dossier resta ouvert et facilita l'organisation des services lorsque le besoin s'en fit sentir, lui épargnant ainsi des démarches et de l'énergie à se débattre dans les systèmes de soins et communautaires. Le processus thérapeutique a contribué au maintien et à la réussite du traitement médical.

Conséquences sur la thérapie

La thérapie fut par moment court-circuitée par la détresse psychologique de la cliente engendrée par son traitement. Il est fort possible qu'en l'absence des difficultés médicales, présentes dans sa vie à ce moment, la thérapie ait pu se conclure dans le laps de temps souhaité par l'établissement soit, approximativement dix rencontres. Deux entrevues ponctuelles ont été nécessaires afin d'aider la cliente à gérer des difficultés importantes au plan psychologique en plus d'un espace régulier à chaque début de séance pour lui permettre de ventiler sur sa détresse liée au traitement.

Les objectifs de traitement ont tous été atteints malgré la concomitance du traitement médical. Il est même possible d'affirmer que les rencontres ponctuelles ont permis un ancrage déterminant dans le processus

thérapeutique. Lors de la dixième rencontre, suite à son épisode psychotique induit par son traitement médical, la cliente, dans son travail de réappropriation de son délire, fit un insight en lien avec son rôle de sauveur, réalisant qu'elle doit d'abord et avant tout se centrer sur elle-même pour qu'elle puisse s'épanouir. De plus, l'interférence du volet médical dans la thérapie a demandé d'adopter un rythme souple dans le déroulement des séances afin de respecter l'état de fatigue physique et émotionnelle de la cliente. Sans cette fatigue importante, il est envisageable que la cliente ait pu vouloir plaire à la thérapeute, de par sa dynamique d'assujettissement, en voulant bien faire et répondre trop rapidement aux attentes et objectifs fixés en début de thérapie, sabotant ainsi ses progrès. Son état physique l'obligea à être à l'écoute de ses limites et à les respecter, ce qui aida dans son objectif d'affirmation de soi. De plus, le fait de passer à travers ce traitement ardu fut souligné par la thérapeute (renforceurs sociaux, Hall & Hall, 1990) comme un important défi surmonté avec succès. Cette réussite redonna confiance à la cliente en ses ressources personnelles, en ses habiletés et en sa capacité de prendre des initiatives en fonction de son bien-être. La fin du traitement marqua également une scissure importante dans le temps, marquant un trait entre son passé et les nombreuses portes ouvertes pour l'avenir.

Efficacité du traitement sans suivi psychologique

Denise aurait-elle complété son traitement sans soutien thérapeutique compte tenu des effets secondaires majeurs ? Certes la cliente, dans cette étude de cas, a manifesté plusieurs effets secondaires, dont certains graves (psychose toxique), qui ne sont pas nécessairement rencontrés chez tous les patients en traitement avec Rebetron pour l'hépatite C. Il est possible que les individus possédant un réseau social adéquat et supportant puissent parvenir à compléter ce traitement sans assistance psychologique d'un professionnel. Toutefois, une grande proportion des patients en traitement présente une problématique de toxicomanie active avec un milieu de vie souvent malsain.

Un des effets secondaires plus fréquemment rapporté est une dépression, parfois majeure, comportant des idées suicidaires importantes. Que la personne en traitement soit toxicomane ou non, il est possible qu'au bout de quelques mois (rappelons que le traitement est d'une durée de six mois) son réseau social s'épuise, pouvant se sentir impuissant devant les manifestations physiques et psychologiques engendrées par le médicament. La dépression pour se résorber nécessite habituellement une aide médicale et psychologique que l'entourage de la personne n'est pas apte à prodiguer. Sans ce soutien professionnel, il est fort possible que la personne abandonne son traitement renonçant ainsi à augmenter sa durée et sa qualité de vie. Plusieurs études,

présentées au chapitre trois, rapportent d'ailleurs des abandons nombreux. Même sans la présence de dépression ou de l'apparition de désordres psychiatriques important, la personne en traitement vit souvent des émotions et un stress intense durant cette période de traitement, pouvant nécessiter une aide dans la gestion de leur détresse, ce qui peut prévenir des complications au niveau psychologique.

Systematiquement, lorsque le médecin (hépatologue ou gastroentérologue) prend la décision de prescrire un traitement de cette envergure à un patient atteint d'hépatite C, il devrait sans doute lui proposer d'aller chercher un support psychologique professionnel en complément. À ce titre, il pourrait être intéressant de comparer le taux de réussite du traitement ou le taux des gens l'ayant complété, des patients ayant reçu un soutien psychologique durant celui-ci à ceux laissés seuls pour composer avec les effets secondaires du traitement.

La discussion présentée dans ce dernier chapitre fait ressortir les enjeux de cette étude de cas : le cadre d'intervention prôné en institution par opposition à l'approche éclectique utilisée par la thérapeute, l'évolution de la cliente en lien avec les objectifs de départ, l'utilisation de l'atome social et son impact sur son cheminement et les interactions du traitement médical de la cliente avec la thérapie. La prochaine section vient apporter une conclusion à ce travail.

CONCLUSION

À l'intérieur de cet essai doctoral, la cliente visée par cette étude de cas a été présentée ainsi que le déroulement du suivi thérapeutique effectué en mettant en lumière l'évolution de celle-ci à l'aide de l'outil clinique privilégié : l'atome social. Une présentation de la maladie de l'hépatite C et de son traitement fut l'objet du troisième chapitre afin de bien saisir l'envergure de la démarche entreprise par la cliente pour guérir de cette maladie. En dernier lieu, la discussion a permis une réflexion plus approfondie sur des points cruciaux de l'étude de cas. En effet, le suivi psychologique, à l'origine de la demande de consultation, avait comme objectif l'affirmation de soi. Toutefois, devant l'envahissement des effets secondaires sur l'état psychologique de la cliente, un support quotidien, orienté vers la détresse en lien avec sa médication, devint nécessaire à la poursuite de la thérapie afin d'augmenter les chances que la cliente puisse compléter son traitement avec succès.

L'originalité de ce projet doctoral provient du fait que cette étude de cas démontre le rôle polyvalent du travail de psychologue (thérapie, psychoéducation, organisation et coordination de services, etc.) dans le but d'accroître la qualité de vie de son client, tout en se positionnant face au cadre d'intervention privilégié par l'établissement. De plus, étant donné la rareté des cas observés dans la littérature ayant fait une psychose toxique comme effet secondaire du traitement Rebetron pour l'hépatite C et l'excellente collaboration

de la cliente tout au long du processus thérapeutique, cet essai innove dans le traitement parallèle d'un suivi psychologique en CLSC avec la concomitance d'une maladie physique. L'incorporation du volet médical à la thérapie a permis un travail intégré entre l'atteinte des objectifs du plan d'intervention et la guérison de l'hépatite C. Une rencontre de relance, effectuée un an après la fin de la thérapie, démontre la stabilité des changements : la cliente fait état d'une bonne capacité d'affirmation de soi auprès de son entourage et elle est toujours considérée par la médecine comme étant guérie complètement du VHC. Les changements au niveau de l'affirmation de soi se maintiennent donc et démontre que Denise s'affirme en fonction de ses propres besoins et non pour plaire à la thérapeute comme celle-ci le craignait au début du processus.

Les retombées de cet essai peuvent être multiples au niveau clinique et médical. D'un point de vue clinique, l'atome social comme outil thérapeutique s'est avéré fort efficace. Il serait intéressant d'évaluer sa pertinence auprès d'autres problématiques rencontrées par des clientèles différentes. Le cadre de travail du psychologue oeuvrant en institution est également une source de questionnement. L'autonomie professionnelle du psychologue doit-elle s'effacer pour répondre au cadre d'intervention prôné par l'établissement dans lequel il œuvre ? Le choix d'un milieu de travail doit-il s'effectuer en fonction du cadre d'intervention en vigueur ou de la clientèle s'y retrouvant ? Plusieurs pistes de réflexion, concernant le volet médical, pourraient être explorées dans des

recherches ultérieures : par exemple, des études approfondies au niveau provincial sur les effets secondaires du médicament, sur la prévalence des désordres psychiatriques associés dont la possibilité de psychose toxique, par Rebetron et ses dérivés pour le traitement du VHC. Au niveau psychologique, il serait intéressant d'évaluer la persévérance en traitement médical selon que les sujets participent ou non à un suivi thérapeutique. À ce sujet, une dernière piste de réflexion mérite une attention particulière, étant donné le nombre élevé de personnes touchées par cette maladie (patients et proches) : il est surprenant de constater le peu de ressources publiques et communautaires existantes pour soutenir ces personnes. Cette maladie touchant plus de 300 000 canadiens mérite que l'on s'y attarde sérieusement. Denise a fait le choix de participer à un processus thérapeutique conjointement avec son suivi médical. Elle affirme aujourd'hui s'en porter beaucoup mieux à tous les niveaux.

RÉFÉRENCES

- Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home*, Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Altindag, A., Ozbulut, O., Ozen, S. & Ucmak, H. (2001). Interferon-alpha-induced mood disorder with manic features. *General Hospital Psychiatry*, 23(3), 166-170.
- American Psychiatric Association (2003). DSM-IV-TR : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd., texte révisé) (version internationale) (Washington, DC, 2000). Traduction française par J. D. Guelfi et al., Paris : Masson.
- Association canadienne des infirmières d'hépatologie (n.d.) Prendre l'hépatite C en main avec Rebetrone. Produits oncologiques et biotechnologiques Schering Canada inc.
- Association des pharmaciens du Canada (2004). *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS) : L'ouvrage de référence canadien sur les médicaments pour les professionnels de la santé*. Ottawa.
- Boisvert, J.-M. & Beaudry, M. (1979). *S'affirmer et communiquer*. Québec : Les éditions de l'homme.
- Bozikas, V., Petrikis, P., Balla, A. & Karavatos, A. (2001). An interferon- α -induced psychotic disorder in a patient with chronic hepatitis C. *European Psychiatry*, 16(2), 136-137.
- Chadwick, P., Birchwood, M. & Trower, P. (2003). *Thérapie cognitive des troubles psychotiques*. Montréal : Décarie éditeur.
- Cohen, S. & Herbert, T.B. (1996). Health Psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142.

- Confédération des syndicats nationaux (CSN). (2003). *Sortir des continuels recommencements*. Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales sur le projet de loi no 25, 2 décembre.
- Courtois, C. (1988). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy*. New York: Norton.
- Cyrułnik, B. (2004). *Parler d'amour au bord du gouffre*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Dolan, Y. M. (1996). *Guérir de l'abus sexuel et revivre : Techniques centrées sur la solution et hypnose éricksonienne pour le traitement des adultes*. Belgique : SATAS.
- Dufort, F. & Guay, J. (2001). *Agir au cœur des communautés. La psychologie communautaire et le changement social*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- EADA (n.d.). Groupe d'entraide pour enfants adultes de parents alcooliques : EADA. Document consulté au CLSC Paul-Gilbert en 2003. Site internet : www.eada.qc.ca
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evanston, IL : Row & Peterson.
- Fillion, L. (2000). *La théorie du stress comme cadre conceptuel de l'adaptation à un changement de santé*. Document inédit, Faculté des sciences infirmières, université Laval.
- Forward, S. (2004). *Parents toxiques. Comment se libérer de leur emprise (4^e éd)*. Paris : Marabout.
- Franciscus, A. & Highleyman, L. (2004). *Un guide pour mieux comprendre l'hépatite C*. Récupéré le 6 avril 2004 de http://www.hcvadvocate.org/hepatitis/hepC/French/VHCinformation_2003.html

Gaberan, P. (2003). *La relation éducative : un outil professionnel pour un projet humaniste*. Ramonville Saint-Agne (France) : Érés.

Hall, R.V. & Hall, M. C. (1990). Comment choisir les renforçateurs. Québec: G.R.E.D.D.

HepNet, (1999). *Le réseau d'information sur l'hépatite : Rebetrone procure désormais une nouvelle option de traitement à tous les Canadiens et Canadiennes atteints d'hépatite C*. Récupéré le 6 avril 2004 de <http://hepnet.com/hepcfr/news042999.html>

Himmelhoch, S. (2001). Hepatitis C virus infection. *New England Journal of Medicine*, 345(19), 1427-1428.

Hoffman, R.G., Cohen, M.A., Alfonso, C.A., Weiss, J.J., Jones, S. Keller, M., Condemarin, J.R. et al. (2003). Treatment of interferon induced psychosis in patients with comorbid hepatitis C and HIV. *Psychosomatics*, 44(5), 417-420.

Hosoda, S., Takimura, H., Shibayama, M., Kanamura, H., Ikeda, K. & Kumada, H. (2000). Psychiatric symptoms related to interferon therapy for chronic hepatitis C: Clinical features and prognosis. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54(5), 565-572.

Hould, R. (2001). *Théories cognitives et comportementales de la personnalité*. Document inédit, université du Québec à Trois-Rivières.

Kornischka, J., Burtscheidt, W. & Gaebel, W. (2002). Interferon induced paranoid psychosis. Review of the literature and case report. *Nervenarzt*, 73(5), 463-467. Récupéré le 7 mai 2004 de la base de données de PubMed.

Millon, T. (2002). *Inventaire Clinique Multiaxial de Millon-III*. Minneapolis : National Computer Systems. Adaptation canadienne-française par Stephenson, R., Bouthillier, D. & Brillion, P.

Millon, T., Millon, C. & Davis, R. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III : Manual (2e éd.)*. Minneapolis: National Computer Systems.

Monographie de Rebetron (2003). *Feuillet de renseignements : Rebetron*. Pointe-Claire : Ontario HIV Pharmacy Professional Specialty Group.

Moreno, J. L. (1970). *Fondements de la sociométrie (2^e éd)*. Paris : Presses universitaires de France.

Onyike, C., Booner, J., Lyketsos, C. & Treisman, G. (2004). Mania during treatment of chronic hepatitis C with pegylated interferon and ribavirin. *The American Journal of Psychiatry*, 161(3), 429-435.

Peacock, F. (1999). *Arrosez les fleurs pas les mauvaises herbes!* Québec : Les éditions de l'homme.

Perls, F. S. (1972). *Rêves et existence en gestalt thérapie*. Paris : EPI.

Polster, E & Polster, M. (1973). *Gestalt therapy integrated*. New York : Brunner/Mazel.

Robert, G. (2000). Le dessin du rêve dans le tracé des contours du corps : une nouvelle méthode d'exploration du rêve. *Revue québécoise de gestalt*, 4, 126-142.

Rogers, C. R. (1951). *Client- Centred Therapy*. Cambridge : Riberside Press.

Saint-Paul, J. (1999). *Estime de soi, confiance en soi : Les fondements de notre équilibre personnel et social*. Paris : InterÉditions.

Schäfer, M., Boetsch, T. & Laakmann, G. (2000). Psychosis in a methadone-substituted patient during interferon-alpha treatment of hepatitis C. *Addiction*, 95(7), 1101-1104.

Sirois, M. (2002). Logiciel d'interprétation du MCMI-III. Testthèque Université du Québec à Trois-Rivières.

Société canadienne de l'hémophilie (2004a). Hépatite C : Livret d'information à l'intention des personnes infectées par le virus de l'hépatite C et de leurs proches. [version électronique] Bibliothèque nationale du Canada.

Société canadienne de l'hémophilie (2004b). Hépatite C : Ressources financières. Récupéré le 17 décembre 2004 de <http://www.hemophilia.ca/fr/5.6.8.php>

Société canadienne de l'hémophilie (2004c). *Hépatite C : Symptômes invalidants courants et effets secondaires du traitement*. [version électronique] Bibliothèque nationale du Canada.

Steben, M. (2003). Dossier clinique : L'hépatite C : une autre épidémie silencieuse... *MedActuel*, 3(9), 11-26.

Vadeboncoeur, J. & Veilleux, P. (2004). Les aspects psychologiques de l'hépatite C. *Psychologie Québec*, 21(5), 16-21.

Young, J. E. & Klosko, J. S. (2003). *Je réinvente ma vie : Vous valez mieux que vous ne pensez*. Québec : Les éditions de l'homme.

APPENDICES

Appendice A

Consentement libre et éclairé

CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Je sous-signé, [REDACTED], consens à ce que Nathalie Blouin, étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)¹, utilise mon histoire personnelle dans le cadre de son essai doctoral. Ce consentement implique la permission d'utiliser les données obtenues lors des séances de thérapie qui sont enregistrées en audio ainsi que les différents supports matériels utilisés, les résultats d'évaluation psychométrique, les informations contenues au dossier et la possibilité de concerter d'autres intervenants si cela est pertinent au suivi thérapeutique ou à l'étude.

Ce projet doctoral se fait sous la direction de M. Gilles Dubois, professeur à l'UQTR, qui pourra également avoir accès à ces informations dans un but de supervision. À l'exception de ces deux personnes (autorisées à accéder à mes informations personnelles) les règles de la confidentialité seront assurées en modifiant mon nom, mon histoire de vie et mes informations sociodémographiques afin de préserver mon anonymat. Je demeure disponible également après la fin de la thérapie pour collaborer si besoin.

J'ai été informé que je pouvais retirer en tout temps mon consentement à ce projet sans préjudice et je connais les modalités pour le faire. J'ai eu le temps de poser des questions et d'obtenir des réponses de façon satisfaisantes. Je comprends l'implication et les impacts de ce projet. Je consens donc de façon libre et éclairée à participer à ce projet d'étude.

[REDACTED], Participante

Date de signature

Nathalie Blouin, Doctorante en psychologie

Date de signature

Gilles Dubois, Ph. D., Directeur d'essai doctoral

Date de signature

Tél. : (819) 376-5011 poste 3518

¹ No d'approbation du Comité d'éthique et de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières : CER-04-90-05.10, certificat émis le 30 août 2004.

Appendice B

Autorisation à faire une copie intégrale du dossier

AUTORISATION À FAIRE UNE COPIE INTÉGRALE DU DOSSIER

Date de naissance : [REDACTED]

No dossier : CLSC Paul-Gilbert
Hôtel-Dieu de Lévis

No d'assurance maladie : [REDACTED]

Nom du père : [REDACTED]

Nom de la mère : [REDACTED]

Par la présente, j'autorise Nathalie Blouin, doctorante en psychologie à l'université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)¹, à obtenir une copie intégrale de mon dossier au CLSC Paul-Gilbert. Je permets également qu'une copie de mon dossier à l'Hôtel-Dieu de Lévis soit effectuée à compter de la date du 3 décembre 2002. Les données recueillies dans mes dossiers serviront dans le cadre d'un projet doctoral auquel je participe et elles seront modifiées afin de préserver la confidentialité. Les seules personnes autorisées à utiliser les copies de mes dossiers sont Nathalie Blouin et son directeur d'essai Gilles Dubois, professeur à l'université du Québec à Trois-Rivières. Après le dépôt final du projet de doctorat à l'été 2005, les copies obtenues de mes dossiers seront entièrement détruites en respectant les règles déontologiques en vigueur.

[REDACTED]
Participant au projet doctoral

Date de signature

Nathalie Blouin
Doctorante en psychologie

Date de signature

Gilles Dubois, Ph. D.
Directeur du projet doctoral
Professeur à l'UQTR

Date de signature

¹ No d'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières : CER-04-90-05.10, certificat émis le 30 août 2004.

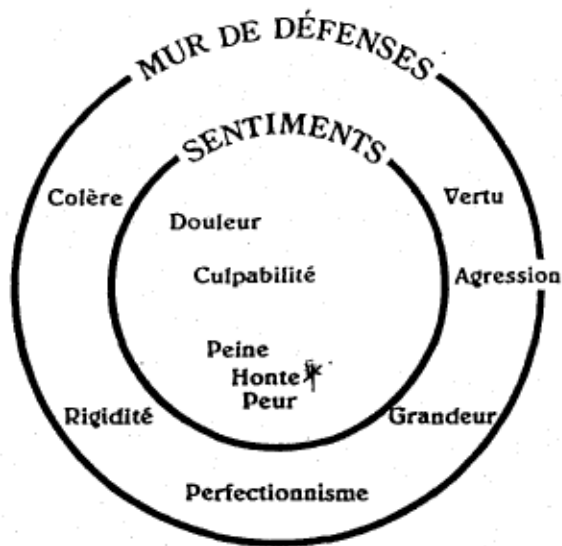
Appendice C

Certificat d'éthique de la recherche

Appendice D

Les rôles de l'enfant de parents alcooliques

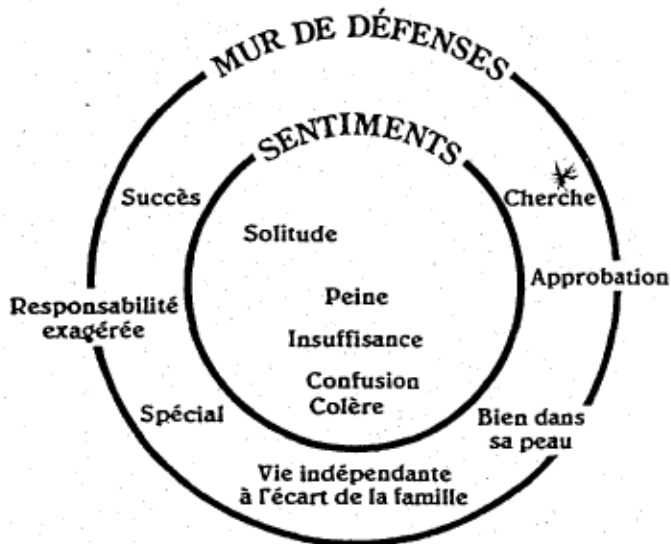
ALCOOLIQUE



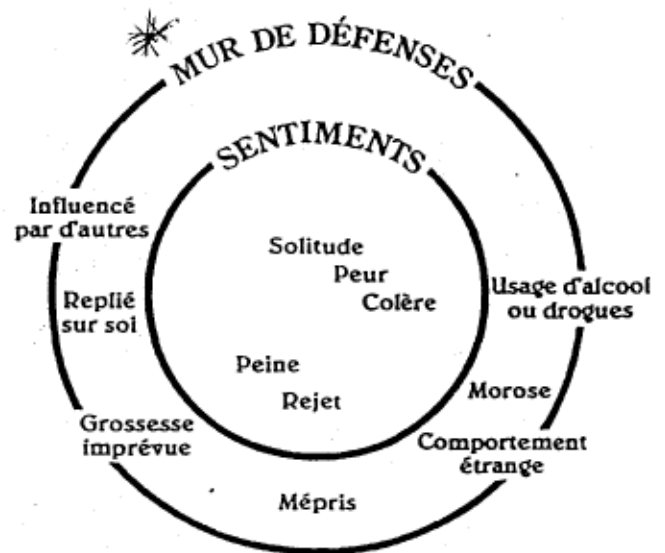
L'APPUI PRINCIPAL



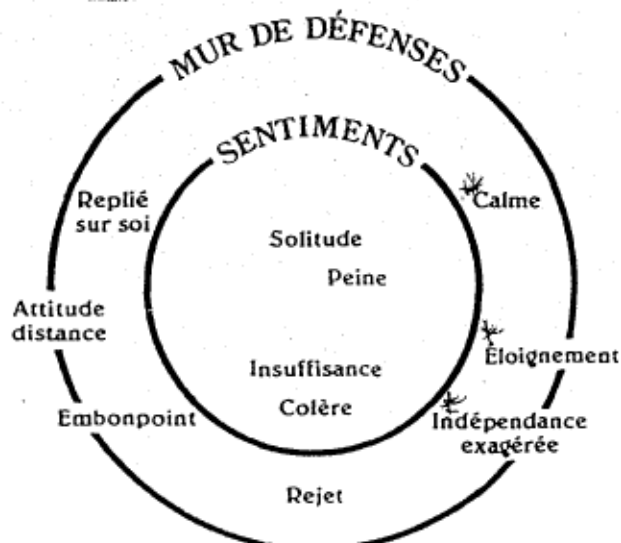
HÉROS DE FAMILLE



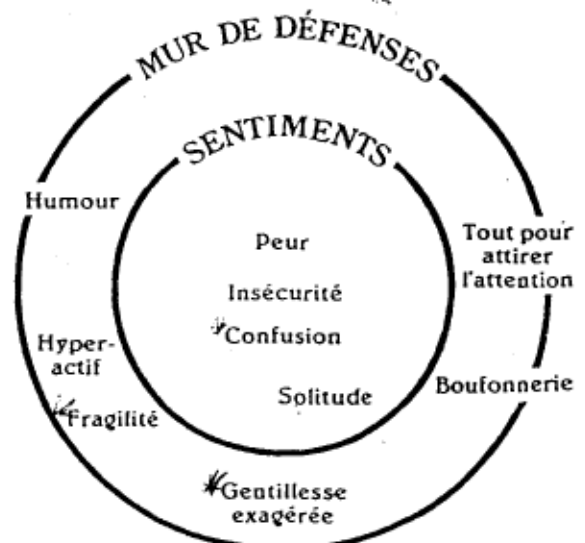
SOUFFRE-DOULEUR



L'ENFANT RÊVEUR



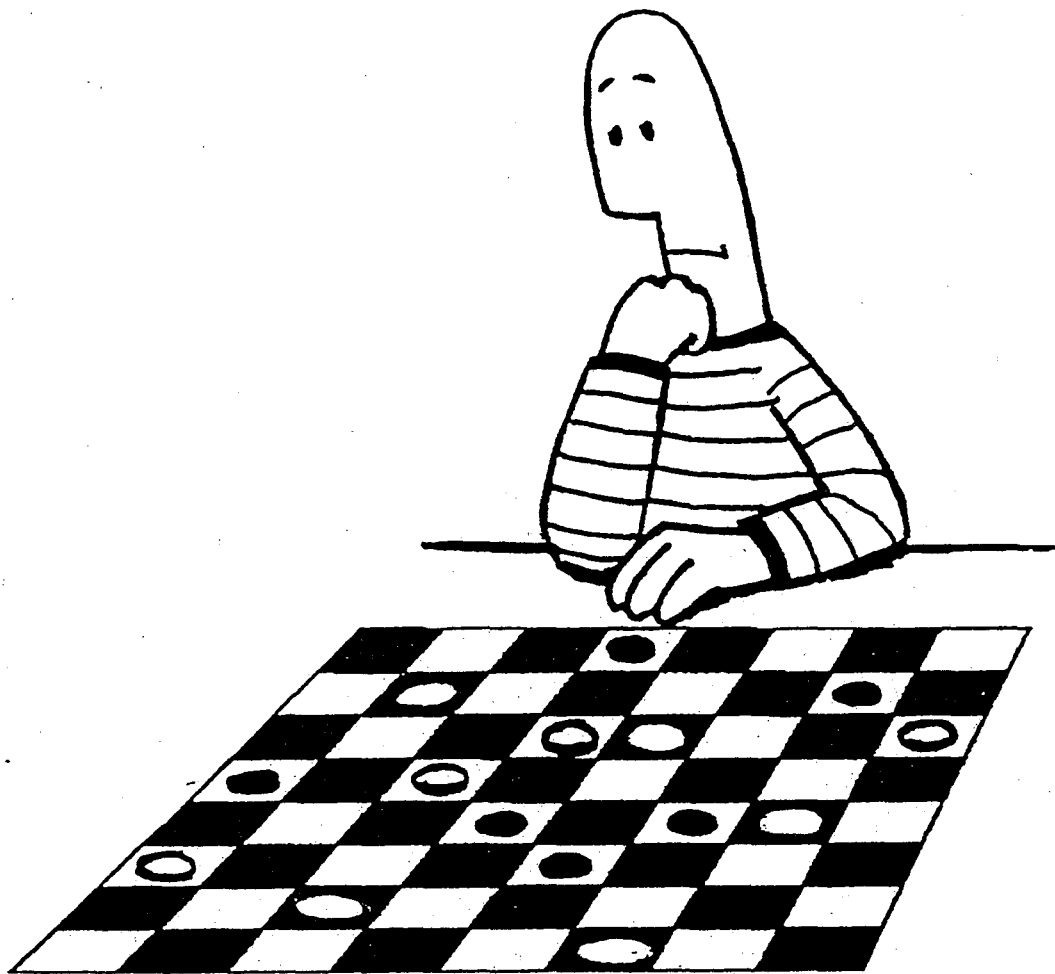
PORTE-BONHEUR



Appendice E

Le damier

LE DAMIER



- La vie est une partie de dames où chacun y joue sa partie
- Il ne nous viendrait pas à l'idée de jouer les pions de l'autre
- Je ne peux pas changer la stratégie de l'autre
- J'ai tout le pouvoir de changer la mienne